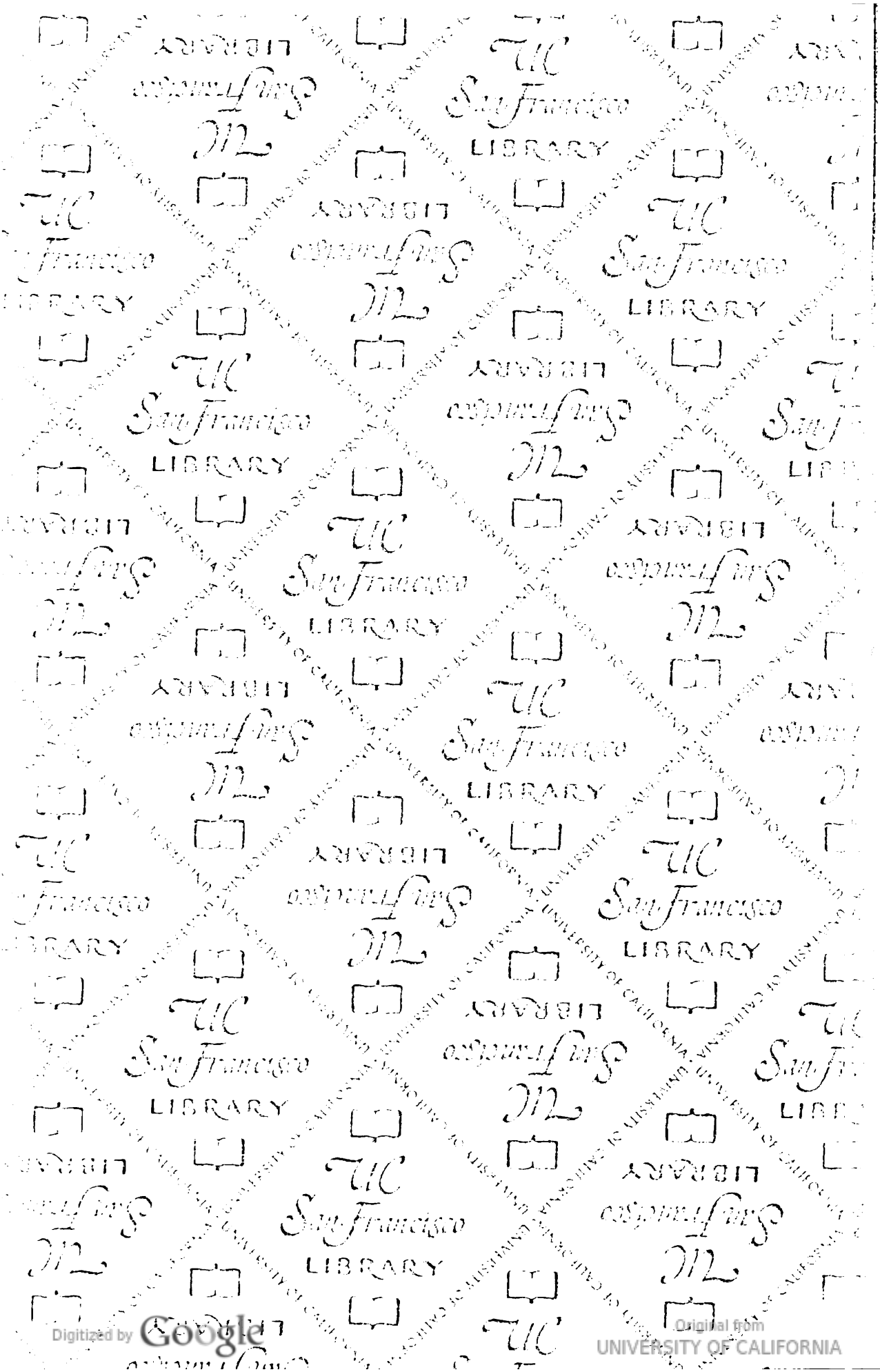
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie.

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft.

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. v. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg,

V. URBANTSCHITSCH
Wien.

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien.

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien.

53. Jahrgang. 1. Heft.
(Januar.)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919.

Monatlich erscheint 1 Heft.

Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr. Ernst v. Urbantschitsch, Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr. H. Marschik, Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.

Inhaltsverzeichnis.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Seite

Hans Brunner-Wien: Bemerkungen zum zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus. (Mit 3 Figuren) 1

Dr. Ernst Wodak-Prag: Über die Verwendbarkeit des durch die Bárányesche Lärmtrommel erzeugten Lidreflexes zur Diagnose der Simulation 23

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 28. Oktober 1918 31

Aus den Sitzungen polnischer ärztlicher Vereine der Jahre 1914 bis 1916 49

FIBROLYSIN

Leichtlösliche Thiosinamin-Verbindung.

Indikationen:

Stenosen, Strikturen, Schwerhörigkeit

infolge narbiger Verwachsungen und Adhäsionen.

Trockener chron. Mittelohrkatarrh.

Beginnende Otosklerose.

Spezialliteratur zur Verfügung.

E. MERCK, DARMSTADT.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 1. Heft.

Nachdruck verboten.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus dem neurologischen Institute der Universität Wien
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Obersteiner).

Bemerkungen zum zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus. [1])

Von **Hans Brunner.**

(Mit 3 Figuren.)

Bekanntlich hat Bárány als erster auf die systematische Untersuchung der vestibulären Augenreflexe als wichtiges, diagnostisches Hilfsmittel bei der assoziierten Blicklähmung hingewiesen, nachdem schon vorher Wernicke, Roth, Oppenheim und vor allem Bielschowsky die Intaktheit unwillkürlicher Blickbewegungen bei supranukleären Blicklähmungen beobachtet hatten. Bárány hat dann auf Grund eines von ihm untersuchten Falles, bei dem die Sektion eine luetische Infiltration der Vierhügel bis in den Pons hinab ergeben hatte, ein Schema für den zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus aufgestellt (Fig. 1). Nun ist schon a priori gegen die Verwertung eines einzigen Falles zu Lokalisationszwecken, bei dem diffus-entzündliche Veränderungen vorliegen, vieles einzuwenden, wie dies auch Marburg hervorgehoben hat, und die Lokalisationsmöglichkeit ist eigentlich ausgeschlossen, wenn dem makroskopischen Befunde nicht die genaue mikroskopische Untersuchung folgt. Aber selbst abgesehen von diesen Bedenken, ist gegen das Bárány-sche Schema, wie ich glaube, einiges einzuwenden.

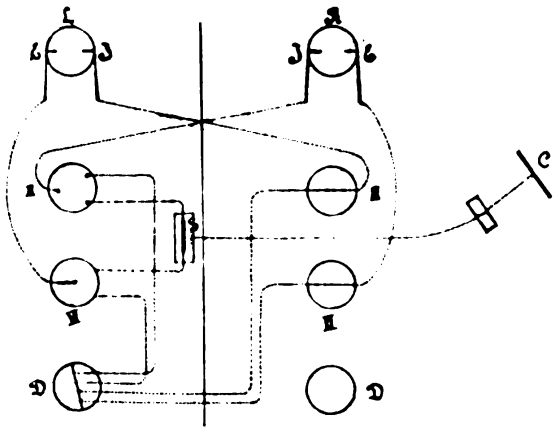
Bárány nimmt an, daß die rasche Komponente des vestibulären Nystagmus von einem bezüglich seiner Lage hypothetischen Blickzentrum im Mittelhirn ausgelöst wird, während er mit den meisten Autoren (Breuer, Högyes, V. Urbantschitsch u. a.) die langsame Kom-

[1]) Auszugsweise vorgetragen in der Österr. otolog. Gesellschaft (Sitzung vom 1. Juli 1918).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ponente dem Vestibularapparate zuschreibt. Dabei greift er auf das seinerzeit von v. Monakow angenommene Blickzentrum zurück, das sich aus Schaltzellen zusammensetzen und teils um den Aquädukt, teils in der Formatio reticularis gelegen sein soll. Diese Zellen sollen zwischen der corticalen Bahn und den primären Augenmuskelkernen eingeschaltet sein, wie dies auch Bernheimer angenommen hat. Nun hat Marburg sehr gewichtige Bedenken gegen die Annahme eines supranucleären Blickzentrums überhaupt und gegen das v. Monakowsche Zentrum im besonderen ausgesprochen, Bedenken, die in dem Hinweis auf das fehlende anatomische Substrat gipfelten. Aber wenn man sich auch über diese Bedenken

Fig. 1.



L, R = linkes, rechtes Auge, J, E = M. rectus internus, externus, III = Nucleus oculomotorius, S = Sebaldzelle, VI = Neucleus abducens, D = Nucleus Deiters, C = Cortex.

hinwegsetzt, erscheint die Auffassung Báránys noch immer nicht einwandfrei.

Bárány gibt zu, daß sein Blickzentrum unter dem Einflusse der corticalen Innervation stehe, wie dies ja auch Bernheimer und v. Monakow angenommen haben, da ja dieser Schaltzellenkomplex nur dazu dienen soll, die vom Cortex kommenden Impulse auf die synergisch wirkenden Augenmuskeln zu verteilen. Wieso kann es aber dann, wenn man sich an die Auffassung Báránys hält, zu einem vollkommen typischen Nystagmus kommen, wenn die corticale Blickbahn beiderseits zerstört ist, also das von Wernicke als Pseudoophthalmoplegie beschriebene Krankheitsbild vorliegt? Die einfachste Art, sich aus dieser Schwierigkeit herauszuhelfen, läge in der Annahme, daß das in Rede stehende Blickzentrum automatisch seine Reize erzeugen kann. Diese Annahme wurde allerdings nicht von Bárány, sondern von G. Biancone gemacht, der bei einem 5jährigen Epileptiker willkürlichen Nystagmus beobachtete und diesen durch eine

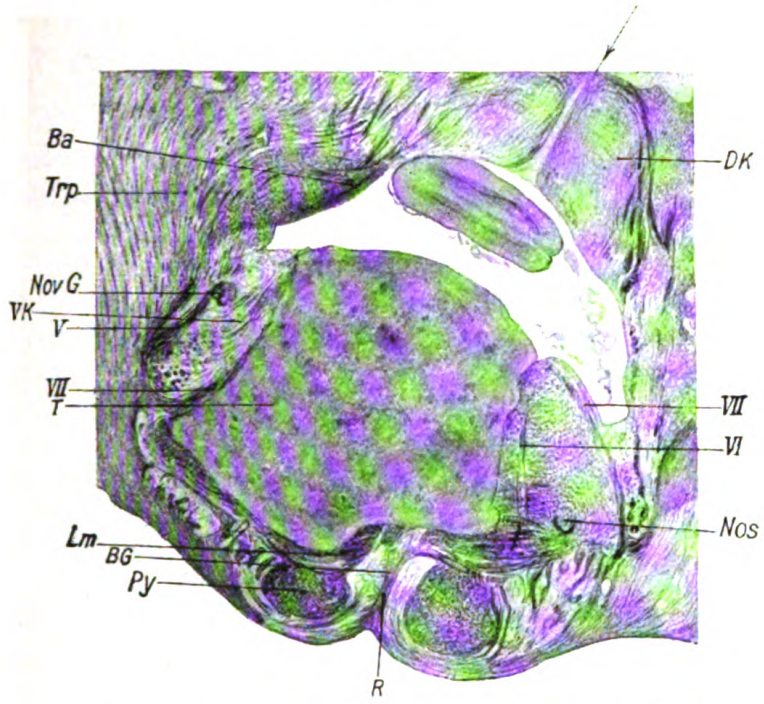
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tafel I.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 53. Jahrgang, 1. Heft.

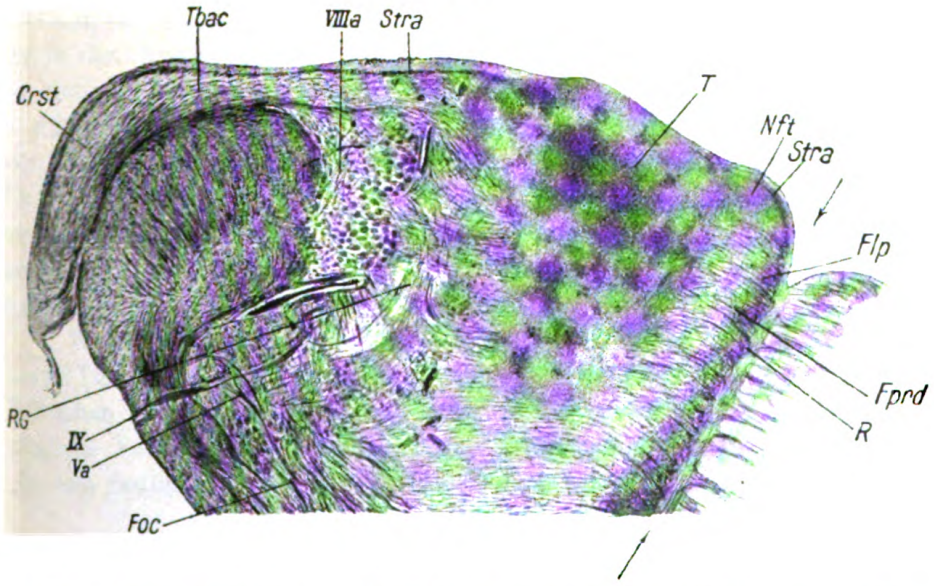
Hans Brunner: Bemerkungen zum zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus.

Fig. 2.



Ba = Bindearm, *Trp* = Tr. retropedunc ularis, *Nov G* = Nucl. ovalis (Großmann), *Vk* = Trigeminuskerne, *V* = Nerv. trigeminus, *VII* = Nerv. facialis, *T* = Tuberkel, *Lm* = Lemniscus medialis, *BG* = Brückengrau, *Py* = Pyramide, *R* = Raphe, *Nos* = obere Olive, *VI* = Nerv. abducens, *VII* = Nerv. facialis, *Dk* = Dachkern.

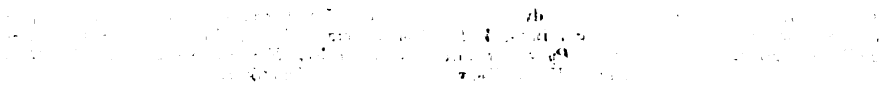
Fig. 3.



Flp = F. longitudinalis post., *Stra* = Striae medullares (medialer und lateraler Anteil), *Nft* = Nucl. funiculi teretis, *T* = Tuberkel, *VIIIa* = spinale Acusticuswurzel, *Tbac* = Tub. acusticum, *Crst* = Corp. restiforme, *RG* = Rollerscher Glossopharyngeusherd, *IX* = Nerv. glossopharyngeus, *Va* = spinale Trigeminuswurzel, *Foc* = F. olivocerebellares, *R* = Raphe, *Fprd* = F. praedorsales.

Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien. Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

willkürliche Herabsetzung der normalen Inhibition erklären wollte, welche die Hirnrinde auf das in der Brücke liegende Zentrum ausübt; dadurch soll letzteres automatisch tätig werden und den Nystagmus erzeugen können. Ich glaube, daß diese Hypothese zur Erklärung des Falles vollkommen unnötig ist und sich der Nystagmus auch aus der epileptischen Veränderung der Großhirnrinde erklären läßt, zumal es allen Erfahrungen der Physiologie widerspricht, ein automatisch tätiges Blickzentrum anzunehmen. Bárány selbst glaubt, daß das mesencephale Blickzentrum nicht nur mit dem Gyrus angularis, sondern auch mit der optischen Hirnrinde und dem Rindenfelde für die assoziierten Bewegungen der Augen und des Kopfes in Verbindung steht. „Außerdem bestehen höchstwahrscheinlich Beziehungen zu den primären Zentren des Nervus opticus." Wenn nun auch die Bahn zwischen dem Gyrus angularis und dem Blickzentrum doppelseitig unterbrochen ist, so kann dieses Zentrum doch noch immer die rasche Nystagmuskomponente auslösen, „da eben das Blickzentrum von anderer Seite noch genügend Innervation erhält". Damit sagt nun Bárány, glaube ich, nichts anderes, als daß die rasche Nystagmuskomponente, die Nystagmusphase nach Ewald, doch in irgend einer Weise vom Cortex abhängig ist, und man kann in seiner Auffassung nur eine Modifikation jener Anschauung sehen, welche für die rasche Komponente geradezu eine corticale Genese in Anspruch nimmt. Dabei lassen wir die Beziehungen des Blickzentrums zu den primären optischen Kernen außer acht, da erstlich diese Beziehungen auch nach Bárány nur „höchst wahrscheinlich" sind und da sie zweitens, falls sie überhaupt bestehen, andere unwillkürliche Blickbewegungen auslösen sollen.

Unter den Autoren nun, welche die Nystagmusphase für eine corticale Leistung halten, nehmen Bartels und Rosenfeld die erste Stellung ein. Beide Autoren sehen in der schnellen Komponente einen Reflex, der in den Augenmuskeln beginnt und durch die Großhirnrinde geht, wobei sie sich eigentlich auf denselben Standpunkt stellen, den seinerzeit Purkinje eingenommen hat, als er in dem „Augenschwindel" einen Kampf von bewußt und unbewußt innervierten Muskeln sah. Dabei stützen sich Bartels und Rosenfeld auf die Tatsache, daß die rasche Komponente verschwindet 1. bei Menschen und Tieren in der Narkose, 2. bei schlafenden Neugeborenen, 3. bei Frühgeburten, 4. bei Dementen und Bewußtlosen.

Was nun zunächst die Narkose betrifft, so haben bereits Bauer und Leidler festgestellt, daß die rasche Nystagmuskomponente erst mit dem Erlöschen der Cornealreflexe verschwindet. Ich selbst habe einige diesbezügliche Versuche an Kaninchen und jungen Katzen, also an Tierarten, die sich bezüglich ihrer willkürlichen Augenbewegungen ganz verschieden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verhalten, angestellt und bin dabei zu folgenden Schlüssen gekommen. Zunächst konnte ich die Beobachtungen von Bauer und Leidler vollkommen bestätigen. Doch war es mir möglich, auch nach dem Erlöschen der Cornealreflexe noch Nystagmus, und zwar Nachnystagmus zu beobachten. Drehnystagmus ließ sich weder durch rasche noch durch langsame Drehungen erzeugen, es kam wohl zur Deviation der Augen im Sinne der langsamen Komponente, die Augen blieben aber deviiert. Dagegen ließ sich nach genügend starker Drehung deutlicher Nachnystagmus auslösen, und zwar sowohl bei Kaninchen als auch bei jungen Katzen. Allerdings gelang das Experiment nicht immer, insbesondere war es bei den Katzen schwerer durchzuführen. Einmal zeigte der Nystagmus eine sehr verlangsamte „rasche" Komponente und erinnerte so an einen undulierenden Nystagmus.

Ging man mit der Narkose dann noch weiter, so verschwand in der Regel jede Augenbewegung beim Drehen. Drehte man das Tier sehr rasch, so bekam man ein feinschlägiges Augenzittern, das wohl auf einen klonischen Krampf der M. pterygoidei zurückgeführt werden mußte, wie das ja schon früher Högyes beobachtet hatte.

Aus diesen Experimenten geht hervor, daß man beim Tier mit der Narkose sehr weit gehen kann, sicher bis zur Ausschaltung des Großhirnes, ohne daß die rasche Komponente endgültig verschwindet. Der Einwand, daß nicht alle Tiere in der gleichen Weise reagieren, scheint nicht berechtigt, da ja doch die Narkose nicht mit einem genau dosierbaren Eingriffe zu vergleichen ist und wir nie wissen können, ob nicht bei dem einen Tier mehr, bei dem anderen weniger ausgeschaltet wurde, wie dies übrigens auch Bauer und Leidler hervorheben, und da weiter die verschiedenen Tiere auf die Gifteinbringung verschieden zu reagieren scheinen. So konnte ich bei einem Kaninchen, dem 0,4 *mg* Strychnin subcutan injiziert worden war, einmal nach Rechtsdrehung eine Deviation der Augen nach rechts beobachten, wobei die rasche Komponente nach links nur ganz schwach angedeutet war, während sonst im allgemeinen solche Dosen Strychnin keinen Einfluß auf den Nystagmus ausüben.

Wenn nun schon diese Narkoseversuche es ziemlich unwahrscheinlich machen, daß das Großhirn bei der Auslösung der Nystagmusphase beteiligt ist, so wird diese Anschauung vollkommen unhaltbar, wenn man an die Experimente von Bauer und Leidler denkt, die nach Exstirpation des ganzen Großhirns, des Thalamus opticus und eines Teiles des Mittelhirnes noch typischen Nystagmus beobachten konnten. Solche Experimente hatten allerdings schon vorher Högyes und Kubo mit demselben Resultate ausgeführt, aber leider fehlte immer die mikroskopische Nachuntersuchung. Erst die Experimente von Bauer und Leidler haben es sicher-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gestellt, daß beim Tier die Nystagmusphase nichts mit dem Großhirn zu tun hat. Ferner ist noch daran zu erinnern, daß es auch Karplus und Kreidl gelungen ist, bei großhirnlosen Affen experimentell Nystagmus zu erzeugen.

Auch das Verhalten des Menschen in der Narkose scheint nicht für eine corticale Genese der Nystagmusphase zu sprechen. Denn Rosenfeld betont ausdrücklich in einer seiner Arbeiten, daß beim narkotisierten Menschen erst die Nystagmusphase verschwindet, wenn der Cornealreflex bereits erloschen ist. Es ist wohl unmöglich, das Verschwinden der raschen Komponente in diesem Falle auf die Ausschaltung des Großhirnes allein zurückzuführen. Weiter muß man daran denken, daß Rosenfeld immer nur die kalorische Reaktion prüfte und es gar nicht ausgeschlossen ist, daß die Personen auf den häufig stärkeren, adäquaten Drehreiz ganz anders reagiert hätten. Sonst verhalten sich narkotisierte Menschen genau so wie narkotisierte Tiere.

Auch die Untersuchungen an Bewußtlosen und Geisteskranken können diesbezüglich keinen Beweis erbringen. Denn ganz abgesehen davon, daß auch hier immer nur die kalorische Prüfung vorgenommen wurde, ist es doch durchaus nicht ausgemacht, daß z. B. bei mikrocephalen Idioten die Mißbildung nur im Großhirn sitzt. Weiter ist daran zu erinnern, daß Rosenfeld selbst bei einseitiger Läsion der Capsula interna, bei einseitigen, ausgedehnten Rindenverletzungen und bei tief verblödeten Paralytikern eine Änderung in den durch Drehreiz reflektorisch auslösbaren Nystagmusbewegungen nicht feststellen konnte, daß Beck und Biach bei 3 Patienten im urämischen Koma typischen Nystagmus sahen.

Schließlich können auch die Untersuchungen an Säuglingen und Frühgeburten, die von Bartels, Alexander und aus der jüngsten Zeit von Gatscher stammen, nicht als Material herangezogen werden. Was zunächst die Frühgeburten betrifft, so ist da zu bedenken, daß in diesen Fällen außer den corticalen auch subcorticale Bahnen noch nicht markreif und damit noch nicht funktionsfähig sind, so z. B. die in der spinalen Acusticuswurzel gelegenen Systeme, die ja für die Entstehung des Nystagmus von besonderer Bedeutung sind.

Was schließlich die Untersuchung von Neugeborenen betrifft, so können auch diese, wie ich glaube, durchaus nicht den Beweis erbringen, daß die rasche Nystagmuskomponente vom Großhirn abhängig ist. Denn erstlich ist es noch viel weniger wie bei der Narkose angängig, zu sagen, daß durch den Schlaf nur die Funktionen des Großhirnes ausgeschaltet werden, und daraus zu folgern, daß aus diesem Grunde bei schlafenden Neugeborenen die Nystagmusphase fehlt, weiter verhalten sich Neugeborene, wie aus den Untersuchungen Alexanders hervorgeht, bezüglich ihrer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vestibulären Augenreflexe so außerordentlich verschieden, daß es ganz unmöglich ist, irgend welche gesetzmäßigen Erscheinungen festzustellen.

Schließlich muß man noch bedenken, daß auch beim Neugeborenen die Markreifung im Hirnstamm noch nicht vollkommen beendet ist. Besonders ist da das Kerngebiet des Oculomotorius ins Auge zu fassen.

Aus all dem geht wohl hervor, daß bis jetzt noch kein genügendes Beweismaterial vorliegt, um die Nystagmusphase in Beziehung zum Großhirn zu bringen, daß es vielmehr außerordentlich wahrscheinlich ist, in dem vestibulären Nystagmus einen durchaus subcortical verlaufenden Reflex zu sehen.

Das Gleiche gilt, wie ich glaube, auch für den Kopfnystagmus. Wenn also Gatscher in seiner jüngst erschienenen Arbeit die Tatsache, daß bei Säuglingen nach Drehungen Kopfbewegungen im Sinne der langsamen Komponente eines Kopfnystagmus auftreten, damit erklären will, daß die mechanischen und die Innervationsverhältnisse für die willkürlichen Kopfbewegungen beim Säugling noch nicht suffizient sind, während für die Bulbi bereits eine gewisse willkürliche Beweglichkeit der Augen vorhanden ist, und wenn Gatscher weiter glaubt, daß deshalb bei Säuglingen wohl Augennystagmus, nicht aber Kopfnystagmus sich findet, so ist diese Anschauung, wie ich glaube, schon deshalb unzutreffend, weil man doch bei vielen Menschen einen experimentell erzeugten Nystagmus z. B. nach links, wenn auch in schwächerer Intensität, fortbestehen sieht, sobald sie willkürlich nach rechts blicken, was doch nicht möglich wäre, falls die rasche Nystagmuskomponente wirklich einer willkürlichen Blickbewegung gleichzusetzen wäre, wie das aus den Worten Gatschers hervorgeht. Ebensowenig glaube ich aber, daß die rasche Komponente des Kopfnystagmus „einer willkürlichen Bewegung vollständig gleichzusetzen ist", und zwar deshalb nicht, weil wir ja sehen, daß der Kopfnystagmus gerade bei diesen Tieren, bei denen die corticospinalen Bahnen sehr wenig oder gar nicht ausgebildet sind, wie bei den Tauben, als typische vestibuläre Reaktion auftritt, während er beim Menschen, bei dem die corticospinale Bahn am höchsten entwickelt ist, wenigstens in der Regel überhaupt nicht oder nur in seiner rudimentären Form beobachtet wird, wenn es sich um Säuglinge oder um Neugeborene handelt, bei welch letzteren die Pyramiden mitunter noch fast vollständig des Markes entbehren (Obersteiner).

Es sei hier ausdrücklich betont, daß mit diesen Ausführungen durchaus nicht bestritten werden soll, daß das Großhirn doch in einer anderen Weise den Ablauf des Nystagmus beeinflußt, worauf auch Bauer und Leidler hingewiesen haben, die bei Ausschaltung einer Großhirnhemisphäre eine allmählich vorübergehende mäßige Übererregbarkeit des gleichseitigen und Untererregbarkeit des kontralateralen Vestibularapparates

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beobachteten, worauf dann auch Bárány mit seiner Beobachtung hingewiesen hat, daß Blick in der Richtung der langsamen Komponente den Nystagmus hemmt, während Blick in der Richtung der schnellen Komponente ihn sichtbarer macht. Damit würde sich das Großhirn zum vestibulären Nystagmus ähnlich verhalten wie das Kleinhirn, welch letzteres nach den Untersuchungen von Ruttin, Neumann, Bauer und Leidler wohl selbst keinen Nystagmus erzeugen kann, dagegen auf den Ablauf des Reflexes einen hemmenden Einfluß ausübt.

Mit dieser Auffassung fällt zunächst die Ansicht Bartels als überflüssig weg, daß die zentralen Bahnen für den Nystagmus in der Tierreihe eine Umwandlung erfahren. Bartels nämlich selbst mußte auf Grund der Untersuchungen von Bethe, der bei Carcinus maenas wohl Nystagmus, jedoch kein Großhirn nachweisen konnte, annehmen, daß bei niederen Tieren das anatomische Substrat für den Nystagmus subcortical gelegen sei, während es in der Tierreihe, je mehr die willkürlichen Blickbewegungen über die unwillkürlichen prävalieren, immer mehr Anschluß an die Großhirnrinde gewinnt. Nach dem oben Vorgebrachten wird diese Annahme überflüssig.

Damit ist aber auch die Annahme eines vom Cortex funktionell abhängigen Blickzentrums unhaltbar, da ja unserer Anschauung nach das Großhirn in toto keine Beziehung zur Nystagmusphase besitzt.

Ich habe mir erlaubt, so ausführlich auf diese Frage einzugehen, weil erstlich bis in die jüngste Zeit die Lehre von der corticalen Genese der Nystagmusphase sich großen Anhanges erfreut, und weil zweitens einige Autoren aus dieser Lehre sogar praktische Nutzfolgerungen ableiten wollten. So hat sich Leva auf der 39. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Psychiater die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, „ob es möglich wäre, aus dem Ausfall der kalorischen Reaktion die Frage zu lösen, welche der beiden Hirnhemisphären die schwerer erkrankte sei". Leva kam dabei zu dem Schlusse, daß der kalorische Nystagmus in den Fällen, die sich post mortem als raumbeengende Erkrankungen vorzugsweise einer Schädelhälfte erwiesen, einen deutlichen Unterschied zwischen rechts und links zeige. „Es war der Vestibularapparat auf der Seite der raumbeengenden Erkrankung viel schwerer in seiner Erregbarkeit gestört als auf der anderen Seite. Waren Herde auf beiden Seiten vorhanden, dann bestand kein Unterschied der Erregbarkeit. Aus dem verschiedenen Verhalten der Vestibularreaktion läßt sich ein Schluß ziehen auf die verschiedenen Druckverhältnisse in den Schädelhälften und damit auch ein Schluß auf den Sitz der Erkrankung." Dieser Anschauung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schließt sich im wesentlichen Rosenfeld an. Darüber ist nun Folgendes zu sagen: erstlich handelt es sich hier wahrscheinlich um Fernwirkungen auf die Gegend des Vestibularis bzw. auf das Kleinhirn (das gilt insbesondere für die beiden Fälle von Rosenfeld, wo es sich um einen großen Abceß und dann um ein Gliosarkom des Stirnhirns handelt), wie sie ja schon lange auch von anderen Symptomen her — man denke hier nur an die viel umstrittene Stirnhirnataxie — bekannt sind; zweitens läßt sich auf Grund von 9 Fällen (dabei rechne ich die Fälle Rosenfelds mit) kein gesetzmäßiges Verhalten des Hirndruckes aufstellen und drittens — und das ist das wesentliche — läßt sich daraus nicht etwa der Schluß ziehen, daß die Nystagmusphase vom Großhirn abhängig ist. Wenn es in einigen Fällen von Rosenfeld und Leva nicht zum Nystagmus, sondern nur zur fixierten Deviation der Augen kam, so handelt es sich da aller Wahrscheinlichkeit nach, wie schon erwähnt, um ein Reizungssymptom, das durch Druck auf den N. vestibularis bzw. sein zentrales Kerngebiet genügend erklärt ist, und nicht um einen direkten Zusammenhang zwischen dem Großhirn und den Endkernen des Vestibularis. — Da wir also nachzuweisen versucht haben, daß die rasche Nystagmuskomponente nichts mit dem Großhirn zu tun hat, so gibt es, wie ich glaube, noch drei Möglichkeiten für die Entstehung dieser Phase: es kann sich 1. um eine rein muskuläre Erscheinung, 2. um eine labyrinthär ausgelöste Bewegung, 3. um einen zentral ausgelösten Reflex handeln.

Was nun zunächst die erste Anschauung betrifft, die z. B. Högyes vertrat, der in der raschen Nystagmuskomponente eine Erschlaffung des Muskels sah, so müssen wir uns vor Augen halten, daß der Muskelvorgang, der der langsamen Komponente zugrunde liegt, aller Wahrscheinlichkeit nach derselbe ist wie der, durch den die willkürliche Augenbewegung zustande kommt. Nun hat Hering schon vor langer Zeit den Nachweis erbracht, daß auch die willkürliche Augenbewegung so wie jede andere willkürliche Muskelbewegung auf einem tetanusartigen Kontraktionszustande der Augenmuskeln beruhe. Das gleiche gilt wohl auch für die labyrinthären Augenbewegungen. Man kann das daraus erschließen, daß in beiden Fällen das Sherringtonsche Gesetz von der reziproken Innervation gilt, d. h. daß in beiden Fällen mit der Kontraktion eines Agonisten die aktive Erschlaffung seines Antagonisten ausgelöst wird, was für die labyrinthären Augenbewegungen zuerst Bartels nachgewiesen hat, und daß sich beide Arten von Augenbewegungen durch Curare kupieren lassen, wovon ich mich überzeugen konnte. Wenn also die rasche Komponente wirklich muskulären Ursprunges sein und die langsame Komponente einen tetanusartigen Zustand darstellen sollte, so könnte man in der ersteren nur ein Ermüdungsphänomen sehen. Da es aber ganz aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geschlossen ist, daß sich eine Muskelermüdung in einer so blitzartigen Zuckung manifestiert, so kann man die Theorie von der muskulären Genese der Nystagmusphase wohl als unhaltbar bezeichnen.

Schwieriger ist die zweite Frage zu beantworten. Sicher ist, daß sich von einem Bogengange aus Augenbewegungen nach den beiden entgegengesetzten Seiten auslösen lassen, wie dies Ewald mit Hilfe seines pneumatischen Hammers an Tauben nachgewiesen hat. Ähnliches konnte Breuer für die Kopfbewegungen bei den Tauben nachweisen, so daß er 1875 schreibt, es erscheine sehr unwahrscheinlich, „daß Bogengänge nur die Bewegung in einer Richtung percipieren". Später hat allerdings Breuer die Behauptung aufgestellt, „daß ein momentaner Lymphstrom an der intakten Ampulle länger dauernden Nystagmus erzeugt (Nachschwindel), aber nur eine einzelne Kopfwendung, wenn keine Cupula mehr da ist", wie das infolge der Manipulation mit dem pneumatischen Hammer immer der Fall ist, wenn also die Endolymphe nur die freistehenden Nervenstümpfe reizt. Nun hat allerdings Breuer im Jahre 1908 gezeigt, daß durch die mit dem pneumatischen Hammer erzeugte Lymphströmung die Cupula nicht in toto abgerissen wird, daß sie vielmehr noch immer an der Crista sitzt, aber an diese nur mehr durch die Zellhaare der dem Kanal abgewandten Seite befestigt ist, während die Haare auf der Kanalseite regelmäßig abgerissen und die Cupula losgewühlt ist. Dagegen erhält Breuer jetzt dadurch, daß er den häutigen Bogengang mit einer Nadel berührt, lebhaften Nystagmus nach der operierten Seite.

Es ist natürlich sehr schwer, sich in diesen nicht ganz übereinstimmenden Angaben zurecht zu finden. Denn wenn es auch, wie schon erwähnt, sichergestellt ist, daß Kopfbewegungen — das gleiche gilt auch für Augenbewegungen — nach beiden, entgegengesetzten Seiten in der Kanalebene von einer Ampulle aus hervorgerufen werden können, so bleibt doch die Frage noch offen, ob von einer Ampulle aus auch der zusammengesetzte Reflex des Nystagmus ausgelöst werden kann. Diese Frage ist um so schwerer zu beantworten, als wir ja wissen, daß insbesondere Augenbewegungen nicht nur von dem System der Bogengänge, sondern auch von dem Otolithenorgane ausgelöst werden können und z. B. Carcinus maenas nach den Untersuchungen von Bethe Nystagmus zeigt, obwohl er nur über Otocysten verfügt. Auch der Hinweis auf den kalorisch ausgelösten Nystagmus führt da nicht weiter, zumal wir ja noch durchaus nicht genau darüber informiert sind, in welcher Weise durch Temperaturunterschiede der Reiz für den Vestibularnerven erzeugt wird, da bekanntlich die Theorie Bárány s von den durch Temperaturunterschiede hervorgerufenen Endolymphströmungen durch die Untersuchungen von Kubo ganz und gar nicht gestützt wird. Breuer selbst drückt sich nicht genügend präzise

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aus, wenn er angibt, daß Endolymphströmungen, welche die freien Nervenstümpfe reizen, einfache Augen- bzw. Kopfbewegungen hervorrufen, während Verschiebungen der intakten Cupulae Nystagmus auslösen sollen. Heißt das, die Verschiebung der Cupulae stellt den auslösenden Reiz für das Zustandekommen des Nystagmus dar, oder soll das sagen, daß die beiden Komponenten des Nystagmus im Labyrinth zustande kommen? Wenn das letztere der Fall ist, dann fehlt die nähere Erläuterung dieses Vorganges, denn es ist nicht zu verstehen, wieso — um bei der Mach-Breuer'schen Theorie zu bleiben — durch eine einsinnige Verschiebung der Cupula fast gleichzeitig doppelsinnige Augenbewegungen zustande kommen sollen. Solch eine Erläuterung hat nun allerdings Bárány in einer seiner Arbeiten versucht. Er nimmt an, daß die Verschiebung der Cupulae in zweifacher Weise vermittelst der Hörhaare auf die Cristae einwirkt, nämlich durch Zug auf der einen Seite, durch Druck auf der anderen Seite. Es soll nun die Zugwirkung die Augenbewegung nach der einen Seite, die Druckwirkung dagegen die Augenbewegung nach der anderen Seite auslösen. Nun sagt aber Breuer ganz ausdrücklich, es sei bei der Feinheit der Zellhaare kaum denkbar, „daß durch die Verstärkung der Krümmung ein Druck auf die Epithelplatte ausgeübt werde." Der Apparat spreche vielmehr nur auf Zugwirkung an. Damit wird die Theorie Bárány's unhaltbar und Bárány selbst hat ja diese Auffassung später fallen gelassen. Wir kommen also zu dem Schlusse, daß nach den jetzigen Anschauungen von den Funktionen des Vestibularapparates wohl die Entstehung der langsamen, nicht aber die der raschen Nystagmuskomponente dem Labyrinthe zugeschrieben werden muß.

Es bleibt jetzt nur noch die einzige Annahme übrig, daß die rasche Nystagmuskomponente zentral ausgelöst wird. Auch da könnte man sich zunächst vorstellen, daß durch den labyrinthären Reiz direkt ein Zentrum angeregt wird, die schnelle Phase auszulösen. Bei dieser Annahme muß aber vorausgesetzt werden, daß der Vestibularis unbedingt mit diesem Zentrum zusammenhängt, da ja nur dieser Nerv labyrinthäre Reize dem Gehirn zuführt. Wenn das aber der Fall sein soll, dann kann dieses Zentrum nur in einem der Endkerne des Vestibularis gelegen sein, wie dies auch Bauer und Leidler annehmen. Diese Annahme scheint aber deshalb nicht akzeptabel, da es erstlich nur sehr schwer verständlich ist, warum dieses supponierte Zentrum immer nur dann seine Funktion ausübt, wenn die Augenmuskeln infolge ihrer vestibulären Innervation den Höhepunkt der Kontraktion bzw. der Erschlaffung erreicht haben und da man zweitens auch bei dieser Auffassung nicht um die Annahme herum kommen kann, daß von einem und demselben Labyrinthe fast zu gleicher Zeit der Impuls

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu zwei entgegengesetzt gerichteten Augenbewegungen ausgeht, was mit den geläufigen Theorien von der Wirkung des Vestibularapparates nicht übereinstimmt.

Wir müssen daher eine andere Möglichkeit in Erwägung ziehen. Nun hat schon Ewald die Anschauung ausgesprochen, daß die rasche Komponente durch Reizung der in der Cornea sich verästelnden, sensiblen Trigeminuszweige ausgelöst werde. Diese Anschauung ist wohl nicht haltbar, da man ganz typischen Nystagmus auslösen kann, auch wenn man den Trigeminus durch Cocain lähmt. Das periphere Organ, von dem der Reiz zur raschen Nystagmuskomponente ausgeht, ist nicht die Cornea, auch nicht der Opticus (dagegen sprechen die Experimente von Bartels und Högyes), sondern die äußere Augenmuskulatur. Für diese Anschauung seien einige Umstände angeführt. So wissen wir schon lange, daß die den Augenmuskeln inhärente Sensibilität sehr hoch ausgebildet ist; führt doch Delage die Täuschungen über die Raumempfindung, der wir durch Drehungen des Kopfes um verschiedene Achsen unterliegen, auf die tiefe Sensibilität der Augenmuskeln zurück. Das anatomische Substrat für diese physiologische Tatsache haben Dogiel, Tozer und Sherrington geliefert, welch letztere insbesondere zeigen konnten, daß die Augenmuskel sehr zahlreiche sensible Endkörperchen besitzen und daß in den Augenmuskelnerven zahlreiche afferente Fasern zum Zentrum verlaufen. Marburg hat schon 1912 auf die Bedeutung der Tozer-Sherringtonschen Ergebnisse für den Nystagmus hingewiesen. Auch Bárány hat gelegentlich kurz dessen Erwähnung getan.

Wie gestaltet sich nun nach dieser Anschauung der zentrale Mechanismus für den vestibulären Nystagmus? Der vestibuläre Reiz, der z. B. vom rechten Labyrinthe ausgeht, erreicht das Kerngebiet des Vestibularis. Von hier gehen Bogenfasern in das gleiche und gegenseitige hintere Längsbündel (Leidler) zu den Augenmuskelkernen und der Reiz, der z. B. vom rechten Labyrinthe ausgeht, erzeugt nun eine Blickbewegung nach links, die langsame Nystagmuskomponente. Die Frage, die Bárány in jüngster Zeit aufgeworfen hat, ob nämlich von den Vestibulariskernen einzelne Muskeln oder Synergien innerviert werden, muß sicherlich in dem Sinne beantwortet werden, daß nach dem Fundamentalgesetz, welches E. Hering für alle Arten von Augenbewegungen aufgestellt hat und wonach stets beiden Augen die gleiche Innervation zufließt, ob diese Augenbewegung nun einem Willensimpulse entspringt oder durch sensorische Eindrücke (optische, akustische, vestibuläre) veranlaßt wird, daß also nach diesem Gesetze auch von den Vestibulariskernen aller Wahrscheinlichkeit nach Synergien werden innerviert werden. Eine weitere Beweisführung hiefür, wie das Bárány verlangt, scheint, wie ich glaube, vorderhand nicht nötig zu sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Durch die Kontraktion der die langsame Nystagmuskomponente auslösenden Agonisten einerseits, durch die aktive Erschlaffung der Antagonisten andrerseits werden nun die in den Augenmuskeln gelegenen Endkörperchen gereizt und dieser Reiz pflanzt sich längs der Augenmuskelnerven ins Gehirn fort. Hier muß er in erster Linie die Augenmuskelkerne treffen, da wir absolut nichts davon wissen, daß die Augenmuskelnerven irgendwo anders entspringen als in den zugehörigen Kernen. Diese Kerne sind allerdings aus einzelnen Abschnitten zusammengesetzt und es ist noch nicht festgestellt, in welchen dieser Abschnitte die von Tozer und Sherrington entdeckten Fasern enden.

Immerhin sei hier an die bekannte Tatsache erinnert, daß die Lateralkerne des Okulomotorius sowie die Kerne des Trochlearis und Abducens neben den großen motorischen Zellen kleinere Zellen zeigen, um die sich nach Art von sensiblen Zellen zuleitende Fasern verästeln, worauf schon v. Koelliker und Bernheimer hingewiesen haben. Durch die von der Peripherie kommenden Reize könnte nun in den primären Augenmuskelkernen eine Blickbewegung nach rechts ausgelöst werden, die rasche Nystagmuskomponente, die dann wieder infolge des vestibulären Reizes durch die langsame Komponente abgelöst wird.

Daß es wirklich die Augenmuskelnerven sind, längs denen der Reiz von der Orbita in das Zentralnervensystem zurückgeht, dafür dürfte auch bis zu einem gewissen Grade die Tatsache sprechen, daß man von einem einzigen Augenmuskel und Augenmuskelnerven aus noch Nystagmus erhalten kann, wie solch einen Fall erst jüngst de Kleijn und Tumbelaka beschrieben haben. Hier handelte es sich um eine totale linksseitige Lähmung des Okulomotorius. Trotzdem ließ sich aber von dem erhaltenen Abducens aus horizontaler Nystagmus nach beiden Seiten hin auslösen. Da in diesem Falle die rasche Komponente bei einem Nystagmus nach rechts auf dem linken Auge in erster Linie durch eine aktive Erschlaffung des linken Rectus lateralis zustande kam, so spricht das wohl sehr dafür, daß auf demselben Wege, auf dem die langsame Komponente, also die Kontraktion des Rectus lateralis, ausgelöst wurde, auch die rasche Komponente, also die Erschlaffung dieses Muskels ausgelöst wird.

Meine weitere Annahme, daß die der raschen Komponente zugrunde liegenden Blickbewegungen von den primären Augenmuskelkernen selbst und nicht von einem diesen Kernen übergeordneten Zentrum im Pons ausgelöst werde, stützt sich auf die Versuchsergebnisse von Bernheimer und Topolanski, die durch direkte elektrische Reizung der primären Augenmuskelkerne synergische Augenbewegungen erhielten. Bernheimer insbesondere konnte nachweisen, daß die von den primären Augenmuskelkernen ausgehenden synergischen Augenbewegungen erst dann ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwinden, wenn durch einen Medianschnitt die beiderseitigen Augenmuskelkerne von einander getrennt worden waren. Es ist natürlich unmöglich, an dieser Stelle auf die Frage des supranucleären Blickzentrums, dessen angebliche Existenz sich ja vor allem auf klinische Beobachtungen stützt, in extenso einzugehen und es ist dies auch überflüssig, da ja Marburg in seinem bekannten Referate 1911 diese Frage ausführlich behandelt hat und zu dem Schlusse gekommen ist, daß kein einziges der von den verschiedenen Autoren aufgestellten Blickzentren alle diesbezüglichen Befunde erklären kann, es somit am besten ist, den Begriff des Blickzentrums vollkommen zu streichen. Ich muß mich auch auf Grund der oben zitierten experimentellen Untersuchungen Marburg anschließen, wenn auch von einzelnen Autoren, so z. B. Bielschowsky, an dem supranucleären Blickzentrum noch immer festgehalten wird, allerdings mit Vernachlässigung der Ausführung Marburgs.

Der physiologische Vorgang, der dem vestibulären Nystagmus zugrunde liegt, stellt sich also nach dieser Anschauung als eine Verkettung zweier Reflexe dar.

Der zeitlich frühere Reflex ist die auf den Reflexbogen Labyrinth-Kerne des Vestibularis—hinteres Längsbündel—Augenmuskelkerne—Augenmuskelnerven—Augenmuskeln ausgelöste langsame Komponente. Durch diesen Reflex wird der ihm diametral entgegengesetzte Reflex auf dem Bogen Augenmuskeln—afferente Fasern—Augenmuskelnerven—Augenmuskeln „induziert", um eine von Sherrington verwendete Bezeichnung zu gebrauchen. Diese Art der Verkettung zweier Reflexe steht in der Nervenphysiologie durchaus nicht einzigartig da und es sei hier nur auf die Arbeiten von Sherrington verwiesen, der in einem größeren Referate die sehr interessante Bemerkung macht, daß stets die verlängerte Tätigkeit eines Reflexes dazu führe, seine eigene Handlung abzuschwächen, aber zu erhöhter Erleichterung und Kraft des ihm diametral entgegengesetzten Reflexes führe, wobei Sherrington allerdings in erster Linie spinale Reflexe im Auge hat. Zu einer ähnlichen Anschauung bezüglich des Nystagmus scheinen Wilson und Pick gelangt zu sein, deren Arbeit mir leider nur im Referate zugänglich war.

Fragen wir uns nun, welche Schlußfolgerung wir aus dieser Auffassung des Nystagmus für die Lokaldiagnose intracerebraler Herde ziehen dürfen, so müssen wir drei Möglichkeiten in Erwägung ziehen: Wir können erstlich bei Reizung der beiderseitigen Vestibularapparate vollkommen typischen Nystagmus erhalten. Dann können wir mit Sicherheit sagen, daß der Reflexbogen, der sich vom Innenohr zu den Augenmuskeln ausdehnt, durch den Herd nicht direkt betroffen wurde. Wir können aber auch vermuten, daß der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herd nicht einmal in der Nähe des Reflexbogens liegt, da solch ein Herd durch Druck und Fernwirkungen schon Störungen im Ablauf des Nystagmus hervorrufen müßte. Es kann sich also in diesem Falle um corticale oder capsuläre Herde handeln, die das Symptomenbild der Pseudoophthalmoplegia Wernickes hervorrufen.

Die von Antoni publizierten Fälle können diese Annahme nicht widerlegen. Bei dem ersten dieser Fälle, bei dem die Nonne-Apeltsche und die Pandysche Reaktion im Liquor stark positiv waren, wie auch positiver Wassermann im Blute bestand, wurde eine Blicklähmung nach links sowie eine Dévation conjugée nach rechts gefunden. Kalte Spülungen des rechten Ohres ergaben reine Augendeviationen nach rechts, während es dem Patienten bei Kaltspülung des linken Ohres möglich war, willkürlich nach links zu sehen. Dabei bestand ein somnolenter Zustand. Die Obduktion ergab eine gewaltige Malacie in der rechten Hemisphäre nach Embolie der Art. fossae Sylvii. Dieser Fall beweist durchaus nicht, wie ich glaube, daß ein rein corticaler Herd ebenso wie tiefere Läsionen die schnelle Nystagmusphase aufhebt, wie dies Antoni annimmt, sondern ist zu Lokalisationszwecken, so wie er beschrieben wurde, überhaupt nicht zu verwerten. Denn erstlich muß man hier mit Drucksymptomen auf den Vestibularis rechnen, lag doch in diesem Falle eine beiderseitige Opticusneuritis vor, und zweitens muß man erst durch eine genaue histologische Untersuchung ausschließen können, daß im Pons wirklich keine pathologischen Veränderungen bestanden haben. Daß diese Forderung berechtigt ist, beweist z. B. ein Fall von Lüttge, bei dem eine Blicklähmung nach rechts bestand und bei dem die Obduktion einen Solitärtuberkel im linken Hinterhauptslappen aufdeckte. Erst die mikroskopische Untersuchung lehrte, daß sich auch im Pons zahlreiche gliöse Narben nach einer abgelaufenen Polioencephalitis befanden.

Der zweite Fall Antonis ist noch weniger zu verwerten, da hier eine Basisfraktur vorlag und der Fall nicht zur Obduktion gekommen ist. — Freilich muß in diesen Fällen stets die Möglichkeit erwogen werden, daß der Herd so groß ist, daß er starke Hirndruckerscheinungen verursacht und somit auch die Gegend des Vestibularis in seinen Wirkungsbezirk mit einbezieht, wie dies in den Fällen von Rosenfeld und Leva der Fall war. Dann werden wir freilich bei vestibulärer Reizung nicht mehr typischen Nystagmus erhalten, dann ist aber auch der Reflexbogen zwischen Auge und Ohr an dem krankhaften Prozesse nicht mehr unbeteiligt.

Wir können zweitens Unregelmäßigkeiten im Ablauf des Nystagmus begegnen. Solche Fälle wurden von Bárány, Beck, Bondy und Antoni beschrieben und Bárány hat ja gerade auf Grund solch eines Falles das oben erwähnte Schema aufgestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nun ist gegen alle diese Fälle einzuwenden, daß ihnen die histologische Nachuntersuchung fehlt und somit jede sichere Lokalisationsmöglichkeit ausgeschlossen ist. Marburg hat bereits die Forderung aufgestellt, daß zur Lösung des Problems der Blicklähmung nur genau histologisch untersuchte Fälle verwendet werden sollen. Es ist merkwürdig, daß gerade bei diesem schwierigen Kapitel der Nervenphysiologie gegen die eigentlich ganz selbstverständliche Forderung Marburgs mit einer eigenartigen Konsequenz gefehlt wird. In der Tat findet sich in der Literatur, so weit sie mir zur Verfügung steht, kein einziger derartiger Fall, der durch eine histologische Nachuntersuchung geklärt worden wäre. Es bleibt daher nichts anderes übrig, als Theorie gegen Theorie zu stellen und exakte Feststellungen denen zu überlassen, die über ein genauer verarbeitetes Material verfügen.

Unter Störungen im Ablaufe des Nystagmus verstehe ich vor allem das Fehlen der raschen Komponente, wie dies in den zitierten Fällen beobachtet wurde. Nach unserer Anschauung könnte es zu diesem Phänomen dadurch kommen, daß entweder der sensible Anteil des Reflxbogens für die Nystagmusphase Schaden gelitten hat, oder daß sich der die langsame Phase auslösende Bogen in einem Reizzustande befindet und es daher bei experimenteller Reizung des Vestibularapparates zu einem Augenmuskelkrampfe kommt.[1]) Das erstere könnte in dem Falle von Bárány, das zweite in einem Falle von Beck zutreffen.

Daß in dem Falle von Bárány an toxische Schädigungen gedacht werden muß, darauf hat schon Marburg hingewiesen, dafür scheint auch die verlangsamte „langsame" Nystagmuskomponente zu sprechen; daß weiter die großen motorischen Zellen in den Augenmuskelkernen weniger gelitten haben können als die empfindlicheren, sensiblen Zellen, ist eine Möglichkeit, die sicher nicht ohne Analogie ist.

Sehr interessant ist ein Fall von Beck. Hier handelt es sich um eine Frau, bei der sich zunächst eine linksseitige Abducensparese fand. Kalte Ausspritzungen des rechten Ohres bewirkten eine Deviation der Augen nach rechts, kalte Ausspritzung des linken Ohres erzeugte zunächst einen typischen Nystagmus nach rechts, der aber die Mittellinie nicht überschritt und bei längerer Reizung des Vestibularapparates in eine fixierte

[1]) Man könnte allerdings der interessanten Angabe Wallenbergs, daß die im lateralen Teil des hinteren Längsbündels spinalwärts verlaufenden gekreuzten Fasern die rasche Komponente auslösen, entnehmen, daß bei Zerstörung der lateralen Teile des Längsbündels die rasche Komponente verschwindet. Jedoch die Angabe Wallenbergs hat erstlich nur für Taube Geltung und zweitens dürften nur partielle Schädigungen des Längsbündels praktisch wenig in Betracht kommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Deviation der Augen nach links überging, die sich wieder in typischen Nystagmus verwandelte, wenn der vestibulare Reiz nachließ. Im weiteren Verlaufe stellte sich auch eine rechtsseitige Abducenslähmung ein, leider ist aber nicht vermerkt, ob auch in diesem Stadium eine Ohruntersuchung stattgefunden hatte. Die Sektion ergab einen in toto verkästen Tuberkel, der den ganzen Haubenanteil des Pons und den Hirnschenkel bis in die Gegend der vorderen Vierhügel einnahm. Doch fehlt auch hier die histologische Untersuchung. Wenn nun Beck schließt, daß in diesem Falle das hintere Längsbündel erhalten sein mußte, da die vestibulären Augenwendungen zustande kamen, so ist dem vollkommen beizustimmen, wenn auch zu bedenken ist, daß diese Bahn durch Druck von seiten des in der Mittellinie entstandenen Tuberkels in einen Reizzustand versetzt sein konnte.

Wenn aber Beck zur Klärung der vestibulären Reaktion annimmt, daß zunächst das rechtsseitige, supranucleäre Zentrum stärker geschädigt war als das linke, so scheint mir diese Annahme schon deshalb nicht haltbar, weil alle übrigen Symptome darauf hinwiesen, daß der Prozeß zunächst gerade links gesessen haben muß. (Störungen der oberflächlichen und tiefen Sensibilität auf der rechten Körperseite, linksseitige Abducensparese, links aufgehobener Cornealreflex.)

Ich möchte nun nach dem Angeführten schließen, daß es zu Unregelmäßigkeiten im Ablauf des Nystagmus, insbesondere zum Ausfall der raschen Komponente dann kommen wird, wenn der Reflexbogen zwischen Auge und Ohr an irgend einer Stelle geschädigt wurde, ohne daß es zur totalen Unterbrechung gekommen ist. Dagegen ist es durchaus unbewiesen, daß die Störungen im Ablauf des Nystagmus dann auftreten, wenn „eine doppelseitige Unterbrechung der Bahn zwischen Blickzentrum und primären Augenmuskelkernen, resp. eine Zerstörung des Blickzentrums selbst" stattgefunden hat, wie dies Bárány annimmt. Dies hat auch Marburg hervorgehoben.

Wir können drittens alle Augenreflexe bei vestibulärer Reizung vermissen. Solch ein Fall wurde seinerzeit von Kreidl vorgestellt. Es handelte sich hier um einen vollkommen gesunden Menschen, bei dem Kreidl keine vestibulären Augenreflexe fand und dies mit einer Enge der Bogengänge erklärte. Auch Bárány erwähnt gelegentlich solch einen Fall, bei dem allerdings ein zentraler Herd vorlag, ohne aber näher darauf einzugehen. Ausführlich beschrieben und genau studiert ist nur der Fall von E. Frey. Hier bestand eine beiderseitige Abducenslähmung, dabei ließ sich weder ein spontaner Nystagmus noch experimentell erzeugter Nystagmus nachweisen. Die mikroskopische Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

suchung ergab, daß links der Nucleus vestibularis triangularis, die spinale Acusticuswurzel und teilweise der F. longitudinalis posterior, daß ferner rechts der F. longitudinalis post., der N. Deiters und Bechterew zugrunde gegangen waren. Durch diese sehr bedeutenden Zerstörungen ist das Symptomenbild vollkommen geklärt. Merkwürdig war nur, daß in diesem Falle die vestibulären Reaktionsbewegungen der Extremitäten relativ gut erhalten waren. Ich bin auf diesen Tatbestand schon an anderer Stelle eingegangen. Ich selbst hatte Gelegenheit, einen hierher gehörigen Fall zu untersuchen.[1])

Es handelte sich um einen 20jährigen Soldaten, der über ein Jahr im Felde gewesen war und wegen Malaria und Blutarmut ins Spital geschickt wurde. Etwa Mitte Dezember merkte er zum ersten Mal, daß er schlecht sehe, gleichzeitig fiel ihm auf, daß das linke Auge hängen bleibe, sich nicht nach rechts bewege. Da er infolge dieses Zustandes an Doppeltsehen litt, band er sich das linke Auge zu und sah dann mit dem rechten Auge ganz gut. Er konnte jedoch auch das linke Auge nach rechts bewegen, wenn er zwei- bis dreimal mit dem linken Auge zwinkerte. Dabei sollen die Augen ganz glanzlos gewesen sein „wie bei einem Toten". Anfang Jänner bemerkte er, daß auch das rechte Auge hie und da stehen bleibe und plötzlich blieb es ganz stehen. Am 18. I. 1918 wurde folgender Befund erhoben: Der Patient hält den Kopf etwas nach rechts gewendet, doch läßt er sich auch gerade stellen, ohne daß Schwindel oder dergleichen Beschwerden auftreten. Beide Augen sind stark nach links gewendet. Bei Aufforderung, nach rechts zu sehen, dreht Patient das linke Auge nach außen und oben, das rechte nach innen und oben. Bei Fixation eines Fingers und bei langsamen Bewegungen des Fingers nach rechts geht das linke Auge bis nahe zur Mitte der Lidspalte, das rechte nicht einmal bis dahin. Verdecken des einen Auges hat auf die Bewegungen des anderen keinen wesentlichen Einfluß. Bei Fixation eines Nahpunktes geht das linke Auge bis gegen die Mittellinie, so daß es etwa 1 *cm* von den Tränenpunkten entfernt bleibt. Blick nach oben und unten unbeschränkt.

Im Verlauf der weiteren Beobachtung rückte das linke Auge etwa in die Mitte der Lidspalte, das rechte Auge blieb aber in dem medialen Lidwinkel ca. 1 bis 2 *mm* von den Tränenpunkten entfernt fixiert und stand auch etwas höher als das rechte. Durch den Konvergenzimpuls wurde das linke Auge bis in die Mittellage gebracht. Beim Blick nach links bleiben beide Augen ca. 1—2 *mm* vom lateralen bzw. medialen Augenwinkel entfernt. Weder durch Drehen noch durch Ausspritzen des Ohres läßt sich Nystagmus erzeugen, hingegen tritt regelmäßig, insbesondere nach kalorischer Reizung, starke Tränensekretion am rechten Auge auf. Nach dem Drehen bestand kein Drehschwindel, nur ein Schwanken im Kopfe und Brechreiz. In der Tat erbrach auch einmal der Patient nach der ersten Untersuchung. Spontanes Zeigen ohne Störung. Nach vestibulärer Reizung trat entweder überhaupt kein Vorbeizeigen auf oder es wurde nach den Drehungen spurweise typisches

[1]) Der Fall wird von Herrn Dr. A. Bleier und mir mit Rücksicht auf andere Symptome ausführlich publiziert werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorbeizeigen, meist aber nur in einem Arme bemerkt. Herr Prof. Alexander hatte die besondere Güte, die Ohruntersuchung vorzunehmen; sein Befund lautete: „Otoskopischer Befund beiderseits normal. Funktionsprüfung: Hörschärfe rechts normal, links annähernd normal. Vestibularapparat: auf keinem Reizwege Nystagmus auslösbar. Diagnose: Links Cochlearisaffektion leichtesten Grades. Beiderseits infolge von supranukleärer Stammerkrankung gehemmte Vestibularisreaktion (Tumor [Tuberkel] der Ponsgegend). Rechtsseitige, zentrale Gesichtsnervenlähmung." Auf Grund des ganzen Nervenstatus wurde folgende Enddiagnose gestellt: „Solitärtuberkel in der rechten Ponshaube, der den rechten Abducenskern mit einbegreift und zum Teil die Mittellinie überschreitet."

Die Obduktion, die von Herrn Doz. Dr. Bauer vorgenommen wurde, ergab: Kavernöse Tuberkulose der linken Lunge mit hochgradigem Empyem und Kompressionsatelektase. Progrediente, granuläre Tuberkulose der rechten Lunge. Anwachsung der Spitze. Stauungshyperämie der Leber. Sukkulenter Milztumor. Solitärtuberkel im Bereiche des rechten hinteren Ponsanteiles beim Übergange in die Medulla oblongata in der Größe einer Haselnuß und Verdrängung bzw. Kompression der linken Hälfte. Hämorrhagische Pyelitis.

Der Hirnstamm wurde in Serienschnitte zerlegt und die Untersuchung der hier in Frage kommenden Region ergab Folgendes: Der Tuberkel beginnt etwa oral von der Schleifenkreuzung und wölbt sich in das Ventrikellumen vor (Fig. 2). Er reicht nicht zur Mittellinie und auch nicht bis zur spinalen Acusticuswurzel, so daß letztere vom Herde nicht direkt betroffen ist. Dagegen zerstört der Tuberkel den rechtsseitigen N. vestibularis triangularis, den N. praepositus hypoglossi (Marburg), zum Teil auch die spinale Glossopharyngeus-Vaguswurzel. Er unterbricht die Striae medullares, die sich zum Teil medial, zum Teil lateral von ihm befinden, ebenso die von der spinalen Acusticuswurzel ausgehenden Bogenfasern, die teils dorsal, teils ventral von dem Rollerschen Glossopharyngeusherde zur Mittellinie ziehen. Endlich zerstört der Tuberkel auch die oralsten Teile des rechten Hypoglossus- und dorsalen Vaguskerns; der rechtsseitige F. long. post und F. praedorsalis sind faserärmer als die gleichen Bahnen der linken Seite. Ventral reicht der Tuberkel bis an die Fibrae olivocerebellares, die allerdings selbst noch nicht ergriffen sind.

An Eosinschnitten sieht man, daß das tuberkulöse Granulationsgewebe auch in die spinale Acusticuswurzel eindringt und daß hier die Zellen hochgradige Degenerationsformen erkennen lassen (Tigrolyse, Randstellung des Kernes, Anhäufung von Trabantzellen).

Der Tuberkel wächst nun stark in die Breite, ergreift auch einen Teil der spinalen Trigeminuswurzel. Ein Teil des N. vestibularis triangularis ist noch erhalten. Dagegen wird die spinale Acusticuswurzel mit dem in ihr gelegenen N. Deiters immer intensiver in den krankhaften Prozeß mit einbezogen, während der N. Bechterew noch relativ gut erhaltene Zellen zeigt.

Mit dem Auftreten der Trigeminuskerne erreicht der Tuberkel den Höhepunkt seiner Entwicklung (Fig. 3). Hier überschreitet der Herd die Mittellinie, aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erst ventral von dem Gebiete des hinteren Längsbündels, so daß der F. longit. post. sinister direkt nicht in den Tuberkel mit einbezogen ist. Dagegen sieht man in Zellpräparaten sehr deutlich, daß die Entzündung sich auch im linken hinteren Längsbündel ausbreitet, so daß man wohl mit Sicherheit die Fasern dieses Systems als erkrankt bezeichnen darf, obwohl Marchi-Bilder aus dieser Gegend nicht zur Verfügung stehen. Der Tuberkel komprimiert ventral die mediale Schleife, die Pyramiden, ventrolateral den Tr. rubrospinalis, spinocerebellaris ventralis, tectothalamicus und die laterale Schleife und in spinaleren Ebenen das Cp. trapezoides. Der Herd zerstört in dieser Region den rechten Nucleus abducens, während der linksseitige Kern vollkommen intakt, der linksseitige Nerv etwas lateral gedrängt erscheint; er zerstört den rechten Facialiskern und -nerv, den rechten F. long. post., die rechte zentrale Haubenbahn und die rechte obere Olive. Der oralste Abschnitt des N. Bechterew ist gut erhalten, ebenso die Zellen des sensiblen Trigeminuskernes, während die Zellen des oralen N. Deiters degeneriert erscheinen. In der Höhe des motorischen Trigeminuskernes wird der Tuberkel rasch kleiner und verschwindet endlich vollkommen, wenn der Bindearm sich zu senken beginnt. Der periphere Vestibularis erscheint auf v. Gieson- und Weigert-Schnitten beiderseits vollkommen normal.

Der beschriebene Fall hat eine außerordentliche Ähnlichkeit mit dem seinerzeit von Spitzer beschriebenen Falle. In beiden Fällen handelt es sich um einen im Pons sitzenden Tuberkel, um einen Herd, der sich im wesentlichen auf eine Ponshälfte erstreckte, in beiden Fällen waren an einer Stelle beide Längsbündel vom Herde ergriffen. Auf die sehr interessanten theoretischen Erörterungen, die Spitzer an diesen Fall anknüpft, kann ich hier nicht näher eingehen, ich möchte nur bemerken, daß die Symptome, die mein Fall darbot, sich von den Symptomen des Spitzerschen Falles unterschieden Erstlich bestand in meinem Falle konjugierte Deviation der Augen nach links und keine Spur einer Deviation des Kopfes (denn die leichte Drehung des Kopfes, die der Patient zeigte, war eine lediglich korrigierende Bewegung), obwohl ich die Degeneration der beiden hinteren Längsbündel an Marchischnitten, wenn auch nicht bis in das obere Cervicalmark, so doch bis in die spinalen Anteile der Medulla oblongata verfolgen konnte. Ferner bestand in meinem Falle spontan absolut kein Schwindelgefühl, auch bei Kopfdrehungen nicht, obwohl ausdrücklich darauf geachtet wurde, was sehr schwer zu erklären ist, wenn man mit Spitzer im hinteren Längsbündel den motorischen Anteil des der Orientierung im Raume dienenden Reflexbogens sieht.

Die Wichtigkeit des Falles scheint mir aber darin gelegen zu sein, daß er, soweit mir in der Literatur bekannt ist, der erste ist, bei dem die Befunde der Ohruntersuchung mit den histologischen Befunden verglichen werden können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn wir nun noch einmal kurz resümieren, so hatte in unserem Falle der Tuberkel das rechte, hintere Längsbündel sowie die von den rechtsseitigen Vestibulariskernen aus zur Mittellinie ziehenden Fasern total zerstört. Das linke, hintere Längsbündel war durch die Entzündung ergriffen, die Zellen der rechten spinalen Acusticuswurzel teils durch Kompression, teils durch Entzündung in hochgradiger Degeneration, während der rechtsseitige Bechterewsche Kern relativ wohl erhalten war. Klinisch war die Blicklähmung nach der Seite des Herdes, die konjugierte Deviation der Augen nach der Gegenseite und schließlich das Fehlen aller vestibulären Augenreflexe auffallend. Der erstere Befund, speziell die Blicklähmung, ist wohl verständlich, wenn man an die Schlußfolgerung Marburgs denkt, der für die Topik der Blicklähmung den Satz aufstellte, „daß herdgleichseitige Blicklähmungen einem Herde in der Ponshaube entsprechen, meist medial und dorsal gelegen, zumeist auch mit Einschluß des hinteren Längsbündels und des Abducenkernes".

Anders steht es bezüglich der vestibulären Augenreflexe. Neumann hat seinerzeit die Meinung ausgesprochen, „daß isolierte Erkrankungen des hinteren Längsbündels den Nystagmus derart beeinflussen können, daß bei Erhaltensein der willkürlichen Augenbewegungen ein Nystagmus zur gesunden Seite vorhanden ist, während von der kranken Seite aus der Nystagmus nicht auslösbar sein dürfte." Ähnlich hat sich Bárány ausgedrückt, beiden Autoren fehlen aber sichere Fälle zur Stütze ihrer rein spekulativ gewonnenen Anschauung. Dem gegenüber kam Leidler auf Grund seiner Tierversuche zu der Ansicht, daß Zerstörung aller Bogenfasern aus dem Deiters-Kerngebiet einer Seite, sowie des hinteren Längsbündels derselben Seite das Fehlen der vestibulären Reaktion beider Seiten zur Folge habe.

Daß bei isolierter Erkrankung beider Längsbündel der Nystagmus fehlen wird, ist außerordentlich wahrscheinlich. Darauf deutet auch der Fall von Bertelsen und Rönne hin, der neben einer Blicklähmung auch Fehlen der vestibulären Reaktionsbewegungen der Augen bei Kopfdrehungen zeigte. Die so naheliegenden Reizungen des Vestibularapparates wurden hier leider verabsäumt.

Daß aber auch bei vorwiegend einseitigem Herde die vestibulären Augenreflexe fehlen können, das beweist, wie ich glaube, unser Fall, so daß die Annahme ungemein nahe liegt, daß die Ansicht, zu der Leidler auf Grund seiner Tierexperimente gelangt ist, auch für den Menschen gilt. Man kann also sagen, daß der Nystagmus bei experimenteller Reizung des Vestibularapparates gänzlich fehlen wird, erstlich bei totaler Zerstörung beider Längsbündel,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zweitens wahrscheinlich auch bei einseitiger totaler Zerstörung eines Längsbündels sowie der vom Deiterskerngebiet stammenden Bogenfasern derselben Seite.

Ich habe mir erlaubt, die Aufmerksamkeit auf den zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus zu lenken, um gleichzeitig darauf hinzuweisen, daß eine Lösung dieses für die Klinik so wichtigen Problems insolange unmöglich ist, als nicht einesteils bei jedem Falle von Erkrankung des Hirnstammes die Funktionen des Vestibularapparates untersucht werden, anderenteils alle otologisch untersuchten Fälle, die zu einer Obduktion gekommen sind, einer histologischen Untersuchung unterzogen werden.

Literatur: Alexander G., Die Reflexerregbarkeit des Ohrlabyrinths beim menschlichen Neugeborenen. Zschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorgane. 45. 1911. — Antoni, Zur Pathologie der Blickbewegungen. Oto-laryng. Meddelanden. 2. H. 3 1916. — Bárány R., Untersuchungen über den vom Vestibularapparat des Ohres reflektorisch ausgelösten rhythmischen Nystagmus. Mschr. f. Ohrhlk. 1906. — Derselbe. Weitere Untersuchungen über den vom Vestibularapparat usw. Mschr. f. Ohrhlk. 1907. — Derselbe, Untersuchungen der reflektorischen vestibularen und optischen Augenbewegungen und ihre Bedeutung für die topische Diagnostik der Augenmuskellähmungen. M. m. W. 1907. Nr. 22 u. 23. — Derselbe, Die Untersuchung der optischen und vestibulären reflektorischen Augenbewegungen in einem Falle von einseitiger Blicklähmung. Mschr. f. Ohrhlk. 3. 1908. — Derselbe. Die nervösen Störungen des Cochlear- und Vestibularapparates. Handb. d. Neurol. I. 2. III. 1910. — Derselbe, Theoretisches zur Funktion der Bogengänge und speziell des Flocculus beim Kaninchen. Nordisk Tidskrift for Oto-Rhinolaryngologi. 2. 1917. — Bartels M., Über Regulierung der Augenstellung durch den Ohrapparat. Arch. f. Ophth. 76. 1910; 78. 1911. — Bauer J. und Leidler R., Über den Einfluß der Ausschaltung verschiedener Hirnabschnitte auf die vestibulären Augenreflexe. Obersteiners Arb. 19. 1911. — Beck O., Zur Diagnose der Ponstumoren. Vestibuläre Zwangsstellung der Augen. Mschr. f. Ohrhlk. 1915. — Derselbe und Biach P., Über Nystagmus bei Fieber. W. kl. W. 1912. — Bernheimer, Die Gehirnbahnen der Augenbewegungen. Graefes Arch. 57. — Derselbe, Die Wurzelgebiete der Augennerven, ihre Verbindungen und ihr Anschluß etc. Graefe-Saemisch' Handb. d. Augenhlk. Kap. VI. 1899. — Bertelsen und Rönne, Ein Fall von Polioencephalitis mit assoziierter Blicklähmung supranukleären Ursprungs. Mschr. f. Psych. 25. 1909. — Biancone G, Sul nistagmo volontario. Riv. di pat. nerv. e ment. 14. 1909. Ref. Neurol. Zbl. 1910. — Bielschowsky A., Die Bedeutung der Bewegungsstörungen der Augen. Erg. d. Chir. u. Orthop. 1916. — Bondy G., Isolierte supranukleäre Blicklähmung. Mschr. f. Ohrhlk. 1916. — Breuer J., Über die Funktion der Bogengänge des Ohrlabyrinths. M. Jb. H. 1. 1874. — Derselbe, Beiträge zur Lehre vom statischen Sinne (Gleichgewichtsorgan, Vestibularapparat des Ohrlabyrinths). M. Jb. I. 1875. — Derselbe, Bemerkungen zu Dr. H. Abels Abhandlung „Über

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachempfindungen im Gebiete des kinästhetischen und statischen Sinnes". Zschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorgane. 1907. — Derselbe, Über Ewalds Versuch mit dem pneumatischen Hammer. Zschr. f. Phys. u. Psych. d. Sinnesorgane. 1908. — Derselbe, Studien über den Vestibularapparat. Sitzungsber. d. kais Akad. d. Wiss. Wien. 112. — Brunner H., Zur klinischen Bedeutung des Bárányschen Zeigeversuches. Jb. f. Psych. 38. — Délage G., Physiologische Studien über die Orientierung. Tübingen 1888. — Ewald J. R., Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus. Wiesbaden 1892. — Frey E., Über einen Fall von Oblongatatuberkel unter dem Bilde eines Kleinhirnbrückenwinkeltumors. Zschr. f. d. ges. Neur. 21. — Gatscher S., Über die typischen Kopfbewegungen (rudimentärer Kopfnystagmus) des Säuglings als Teilerscheinung der vestibulären Drehreaktion. W. m. W. Nr. 12, 13, 14. 1918. — Hering E., Über Muskelgeräusche des Auges. Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wiss. Wien 1879. — Högyes A., Über den Nervenmechanismus der assoziierten Augenbewegungen. Übersetzt von R. Sugar. Mschr. f. Ohrhlk. 1912. — Karplus und Kreidl, Über Totalexstirpation einer und beider Großhirnhemisphären an Affen. Arch. f. Anat. u. Phys. 1914. — de Kleijn A. und R. Tumbelaka, Über vestibuläre Augenreflexe. II. Vestibuläre Augenreflexe bei totaler einseitiger Oculomotoriuslähmung. Graefes Arch. 95. 1918. — Kreidl A., Zur Lehre vom Gleichgewichtsorgan. Zbl. f. Phys. Nr. 6. 1893. — Derselbe, Die Funktion des Vestibularapparates. Erg. d. Phys. Wiesbaden 1906. — Kubo J., Über die vom N. acusticus ausgelösten Augenbewegungen. Pflügers Arch. 114, 115. — Leva, Der kalorische Nystagmus bei komatösen Zuständen. Neurol. Zbl. 1914. — Leidler R., Experimentelle Untersuchungen über das Endigungsgebiet des N. vestibularis. Obersteiners Arb. 1913, 1914. — Lüttge, Ärztl. Verein in Hamburg. Neurol. Zbl. 1914. Marburg O., Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Zentralnervensystems. Wien 1910. — Derselbe, Neuere Fortschritte in der topischen Diagnostik des Pons und der Oblongata. D. Zschr. f. Nervhlk. 41. 1911. — Derselbe, Zur Lokalisation des Nystagmus. Neurol. Zbl. 1912. — v. Monakow C., Gehirnpathologie. Nothnagels Handb. 2. Aufl. 1905. — Neumann H., Der otitische Kleinhirnabsceß. Wien 1907. — Derselbe, Der Nystagmus und seine klinische Bedeutung. Jb. f. Psych. u. Neur. 36. — Obersteiner H., Anleitung beim Studium der nervösen Zentralorgane. Wien 1912. — Oppenheim H., Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 6. Aufl. Berlin. — Rosenfeld M., Das Verhalten des kalorischen Nystagmus in der Äther-Chloroformnarkose und im Morphium-Skopolaminschlaf. Neurol. Zbl. 1911. — Derselbe, Die Verwertbarkeit des kalorischen Nystagmus in der psychiatrisch-neurologischen Diagnostik. 5. Jahresversammlung d. ges. deutschen Nervenärzte. 1911. — Derselbe, Über das Verhalten des vestibularen Nystagmus bei Erkrankungen der Großhirnhemisphären. Neurol. Zbl. 1914. — Ruttin E., Zur Differentialdiagnostik der Erkrankungen des vestibulären Endapparates usw. Verhandl. d. Deutschen otolog. Ges. in Basel. 1909 — Sherrington, Über das Zusammenwirken der Rückenmarksreflexe und das Prinzip der letzten gemeinsamen Strecke. Erg. d. Phys. 1905. — Spitzer A., Ein Fall von Tumor am Boden der Rautengrube. Obersteiners Arb. VI. 1899. — Topolansky, Das Verhalten der Augenmuskeln bei zentraler Reizung. Arch. f.

Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Ophth. 46. — Tozer und Sherrington, Receptors and afferents fibres of the third, fourth and sixth cranial nerves. Fol. neurobiol. 1910. — Wallenberg A., Neuere Fortschritte in der topischen Diagnostik des Pons und der Oblongata. D. Zschr f. Nervenhlk. 41. 1911. — Wilson and Pick, The mechanisme of labyrinthine nystagmus and its modifications by lesions in the cerebellum and cerebrum. Arch. of intern. med. 15. 1915. Ref. Neurol. Zbl. 1915.

Aus dem Reservespital Nr. 8 (Kommandant: OStA. Dr. Stach),
Ohrenabteilung (Chefarzt: Prof. Dr. Výmola).

Über die Verwendbarkeit des durch die Bárányschе Lärmtrommel erzeugten Lidreflexes zur Diagnose der Simulation.

Von Dr. **Ernst Wodak**, gewesener Assistent der oto-rhinologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. Dr. Pifl), derzeit Sekundararzt der Ohrenabteilung.

Falta gibt als erster an, den durch den Bárányschen Lärmapparat erzeugten Lidschlag zur Entlarvung von Taubheit Simulierenden zu verwenden. Er geht dabei von dem Gedanken aus, daß die Hervorrufung eines Reflexes wegen ihrer Objektivität den subjektiven Methoden vorzuziehen sei, und glaubt in der Lärmtrommel das geeignete Mittel darin gefunden zu haben, da man mit derselben unbemerkt vom Patienten plötzlich ein intensives Geräusch erzeugen könne. Dieses Geräusch verursacht nun nach Faltas Untersuchungen in vielen Fällen ein Zusammenzucken des ganzen Körpers, in allen Fällen aber einen reflektorischen Lidschlag. Schon vor Falta hat Alexander auf den Vorzug einer objektiven Prüfungsmethode zur Diagnose der Simulation hingewiesen und auch ich habe bereits 1917 einen Kunstgriff erwähnt, den ich schon seit längerer Zeit Simulanten gegenüber verwende und der ebenfalls auf der Erzeugung eines objektiv nachweisbaren, reflektorischen Lidschlusses beruht. Derselbe besteht darin, daß ich hinter dem Patienten, ohne daß dieser es merkt, kräftig in die Hände klatschen lasse und einen dann eintretenden reflektorischen Lidschlag für die Diagnose Simulation verwerte. Doch erinnerte ich schon in meiner Arbeit an die dabei anzuwendenden Vorsichtsmaßregeln zur Vermeidung einer taktischen Empfindung und ging nicht so weit wie Falta, zu behaupten, daß dieser Lidschlag stets eintreten müßte.

Falta, der von meinen oben angeführten Versuchen keine Kenntnis zu haben scheint, gibt nun an, daß mit dem Bárányschen Lärmapparat als Schallquelle in jedem Falle ein Lidreflex ausgelöst werden könne, nur nicht bei tauben Personen oder solchen, die laute Sprache unter 10 *cm*

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entfernung hören, was ja praktisch der Taubheit gleichkommt. Er geht noch weiter und sagt, daß man nach der Intensität des Reflexes — er unterscheidet Zusammenfahren des ganzen Körpers, Lidschluß, mehr oder minder starkes fibrilläres Lidflattern — auf den Grad der Hörstörung schließen könne: dem besseren Hörvermögen entspreche eine stärkere Reaktion.

Falta stellt also die Sache so dar, als ob es sich um einen Acusticus-Facialis-Reflex handle, ohne aber über das Zustandekommen etc. etwas Näheres zu sagen. So einfach scheint die Sache aber nicht zu sein! Vor allem darf man nicht vergessen, daß durch Einführung der Lärmtrommel ein Berührungsreiz auf die Gehörgangswände ausgeübt wird. Fröschels hat sich mit den Anomalien der Gehörgangssensibilität eingehend beschäftigt und das Kitzelsymptom beschrieben. In einer Reihe von Fällen konnte ich beim Einführen des noch nicht funktionierenden Lärmapparates ein Zusammenzucken des Körpers oder einen Lidschlag beobachten, Bewegungen, die den Abwehrbewegungen beim Kitzelreflex sicher nahe verwandt sind. Man mußte in solchen Fällen abwarten, bis der Patient sich beruhigte; dann allerdings wurde die Vornahme des Versuches in keiner Weise durch den Kitzelreflex gestört.

Ferner muß man die neuesten Untersuchungen B. Kischs über einen anderen vom Ohr ausgelösten Lidschlagreflex in Erwägung ziehen. Der genannte Autor weist nämlich nach, daß man durch Reizung der Gehörgangswände und des Trommelfells — entweder durch kaltes Wasser oder durch Berührung — einen reflektorischen, vom Trigeminus ausgelösten Lidschlag hervorrufen könne.

Diese Überlegungen drängten sich bei der Arbeit Faltas auf und erheischten eine Nachprüfung derselben. Mein Material umfaßt 200 Fälle, davon waren 75 ohrgesund und normalhörig, 125 ohrenkrank.

Vor allem interessierte mich zu wissen, ob es sich um einen reinen Acusticus-Facialis-Reflex handelt. Wenn dies der Fall ist, dann müßte der Reflex bei allen Tauben — wie ja auch Falta behauptet — vollständig fehlen. Im ganzen untersuchte ich 10 taube Patienten, drei davon waren völlig taub, fünf taub mit geringen Hörresten und zwei einseitig taub. Diese Patienten hatten ihr Gehör durch ein Kriegstrauma verloren, standen fast alle sehr lange Zeit in unserer Beobachtung und besuchten bei uns die Taubstummenschule, um das Ablesen von den Lippen zu erlernen. Ich habe bei ihnen, um in der Diagnose der völligen Taubheit ganz sicher zu gehen, die Prüfung des Vestibularapparates vorgenommen, da auch Imhofer die Wichtigkeit dieser Untersuchung für die exakte Diagnose der Taubheit betont. Es liegt mir fern zu behaupten, daß jeder wirklich Taube einen unerregbaren Vestibularapparat haben müsse. Doch wird die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unerregbarkeit des N. vestibularis für wirkliche Taubheit sprechen, ein normal ansprechender Bogengangsapparat aber zur Vorsicht mahnen.

Die drei von mir als völlig taub bezeichneten Patienten wiesen also nicht nur einen unerregbaren N. cochlearis, sondern auch N. vestibularis auf. Der erste von ihnen zeigte keinen Reflex, die beiden anderen aber hatten beim Einführen der Lärmtrommel einen deutlichen Lidschlag. Ich wiederholte die Untersuchung einige Male und an verschiedenen Tagen, der Befund war immer derselbe. Dabei gaben alle drei Patienten an, das Gefühl des Surrens im Ohre zu haben, also keine Gehörs-, sondern eher eine Tast- oder Vibrationsempfindung. So scheint mir also die erste und vielleicht wichtigste Behauptung Faltas, daß kein Tauber den Reflex habe, nicht unanfechtbar.

Ich ging nun weiter und prüfte bei den fünf Tauben mit Hörresten den Reflex. Diese fünf waren nicht völlig taub, obwohl sie die Taubstummenschule besuchten, sondern zeigten alle nebst erregbarem N. vestibularis eine Hörfähigkeit für laute Sprache bis maximal etwa 10 *cm*, was praktisch der Taubheit gleichkommt. Bei allen fünf war der Reflex deutlich vorhanden. Mir fiel jedoch auf, daß fast bei allen später, wenn man die Untersuchung nach Tagen wiederholte, der Reflex schwächer oder gar nicht auszulösen war. Der Grund dafür dürfte wohl in dem Fehlen des Überraschungsmomentes gelegen sein, da sie den Apparat schon kannten.

Die beiden einseitig Tauben verhielten sich folgendermaßen: Der erste war links vollständig taub, rechts hörte er infolge chronischen Mittelohrkatarrhs 5 *m* Konversations- und 0,1 *m* Flüstersprache. Der Reflex war auf dem tauben Ohre überhaupt nicht, auf dem anderen nur schwer und schwach auslösbar. Beim zweiten Patienten handelte es sich um völlige Taubheit links und hochgradige Schwerhörigkeit rechts (Konversationssprache rechts 10 *cm*, mit dem Lärmapparat gemessen) auf luetischer Basis. Der Reflex fehlte merkwürdigerweise auf dem hörenden Ohre, während er vom tauben schwer, aber sicher auszulösen war. Patient gab an, das Surren des Apparates beiderseits zu verspüren.

Aus diesen Untersuchungen geht also mit Sicherheit hervor, daß es Patienten mit einer Hörfähigkeit bis maximal 10 *cm* laute Sprache gibt, die den Reflex zeigen. Damit verliert auch der zweite Satz Faltas seine allgemeine Gültigkeit. Auch andere Autoren, die die Beobachtungen Faltas nachprüften, machten ähnliche Erfahrungen. So berichtet Wotzilka von einem Fall, bei dem er trotz äußerst geringer Hörreste auf dem betreffenden Ohre den Reflex deutlich auslösen konnte. Er knüpft daran die Bemerkung: „Dieser Fall zeigt, daß mit dem Lärmapparat der Reflex auch noch bei Hörresten auslösbar ist, die praktisch keine Be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutung haben." Diese und meine Beobachtungen beweisen mir zur Genüge, daß es sich nicht um einen reinen Acusticus-Facialis-Reflex handeln kann. Ob durch das Surren, daß die Tauben zu fühlen angaben, vielleicht der N. trigeminus des Gehörganges mitgereizt oder eine Art Vibrationsgefühl erzeugt werde, bleibe dahingestellt.

Erwähnen möchte ich noch bezüglich der Intensität des Reflexes Folgendes: Als schwächsten Grad gibt Falta fibrilläres Lidflattern an, ohne aber zu sagen, ob er das Ober- oder Unterlid meint. Ich habe als schwächsten Grad des Reflexes eine Kontraktion der medialen Partien des Unterlides gegen die Caruncula lacrimalis zu beobachtet, wobei das Oberlid gleichzeitig vollständig ruhig bleibt.

Der nächste Schritt war nun festzustellen, wie sich der Reflex bei ohrgesunden, also normalhörenden Individuen verhalte. Ich untersuchte 75 solche Fälle und konnte tatsächlich nur in einem einzigen ein sicheres Fehlen beobachten. Es handelte sich um eine eitrige Entzündung der Stirnhöhle, Fistelbildung und starke Schwellung des linken Oberlides. Hier kann man das (einseitige) Fehlen des Reflexes wohl aus der mechanischen Behinderung erklären. Erwähnen möchte ich, daß ich einmal nicht imstande war, den Reflex zu prüfen, u. zw. bei einem etwas imbecillen Bosniaken, der beständig zwinkerte. In anderen ähnlichen Fällen gelang es sonst immer, durch geduldiges Zuwarten einen Augenblick der Ruhe zu erhaschen, hier war dies unmöglich. Bei allen übrigen war der Reflex auszulösen, bei einer ganzen Reihe jedoch erst nach wiederholter Untersuchung und auch da konnte ich oft nur den oben beschriebenen schwächsten Grad erzielen.

Weiters untersuchte ich 115 ohrkranke Individuen. In erster Linie interessierten mich die chronischen, eitrigen Otitiden, bei denen V. Urbantschitsch schon vor vielen Jahren eine Herabsetzung der Sensibilität des Gehörganges nachgewiesen hatte. Diese Befunde wurden unter anderen später von Fröschels bestätigt, der bei chronischen Otitiden und anderen Ohrkrankheiten das Fehlen des Kitzelreflexes beobachtete. Ich dachte mir nun Folgendes: Wenn beim Lärmtrommelreflex der N. trigeminus des Gehörganges eine Rolle spielt, so muß bei den chronischen Eiterungen eine geringere Intensität oder ein häufigeres Fehlen des Reflexes anzutreffen sein. Wie verhielten sich nun die chronischen Eiterungen? Von 62 Fällen konnte ich nur in 2 Fällen ein Fehlen des Reflexes nachweisen. Unter diesen 62 Otitiden waren 11 doppelseitig und 51 einseitig. Von den doppelseitigen war der Reflex 10mal positiv, 1mal negativ, und zwar auch nur auf einer Seite. Die Hörfähigkeit des betreffenden Ohres betrug 6 *m* Konversationssprache und mindestens 1 *m* Flüster-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stimme. Von den 51 einseitigen Otitiden war der Reflex nur 1mal negativ, doch konnte man in diesem Falle den Reflex auch auf der gesunden Seite nur schwer auslösen. In den übrigen positiven Fällen war er 41mal auf beiden Seiten gleich stark, 6mal auf der erkrankten Seite schwächer, 3mal dagegen auf der gesunden Seite schwächer.

Meine Untersuchungen ergaben also, daß der Lärmapparatreflex nur in 2 von 62 Fällen chron. Otitis fehlt. Auch der Vergleich der Intensität des Reflexes zwischen der erkrankten und gesunden Seite sprach dafür, daß die von den oben erwähnten Autoren nachgewiesene Herabsetzung der Empfindlichkeit des Gehörgangs-Trigeminus auf unseren Reflex keinen Einfluß zu haben scheint. Damit ist jedoch keineswegs bewiesen, daß der Trigeminus mit unserem Reflex nichts zu tun hat, sondern ich möchte für diesen anscheinenden Widerspruch folgende Erklärung geben: Die von den Autoren beschriebene herabgesetzte Empfindlichkeit des N. trigeminus dürfte sich meiner Ansicht nach nur auf die tieferen Partien des knorpeligen und vor allem knöchernen Gehörgangs beziehen. Daher die Areflexie beim Kitzelreflex, wo man den Watteträger mindestens $1^1/_2$ *cm* tief einführt, und die geringe Beeinflussung unseres Reflexes, da der Lärmapparat ja nur mit dem Gehörgangs e i n g a n g in Berührung kommt.

Von akuten eitrigen Otitiden habe ich 20 beobachtet. 17 zeigten den Reflex, 3 nicht. In den positiven Fällen handelte es sich einmal um eine beiderseitige Otitis, die den Reflex rechts und links gleich stark hatte. In den übrigen 16 Fällen war der Reflex jedesmal beiderseits gleich. Von den neagtiven Fällen zeigten 2 bloß auf der kranken Seite die Areflexie. Auf der gesunden Seite konnte man im ersten Falle den Reflex leicht und deutlich, im 2. Falle schwer auslösen. Der dritte Fall dagegen hatte auch auf dem normalhörenden anderen Ohr Areflexie. Dieses Ohr war jedoch auch nicht ganz gesund, sondern hatte eine frische Trommelfellnarbe infolge eines vor 1 Monate erlittenen Traumas. Patient hatte auch als Folge dieses Traumas eine Knochennarbe am Scheitel. Also auch hier sehen wir bei den positiven Fällen keinen wesentlichen Unterschied zwischen der kranken und der gesunden Seite. Die Hörschärfe der negativen Fälle betrug mindestens 2 *m* Flüstersprache auf dem kranken Ohre.

Unter 33 an sonstigen Ohrleiden erkrankten Personen konnte ich den Reflex in 26 Fällen feststellen, während 7 keinen Reflex zeigten. Diese negativen Fälle sind folgende:

2 Fälle mit völliger Atresie des äußeren Gehörganges. Im ersten Falle handelte es sich um einen Patienten mit angeborenem Fehlen des linken Ohres bei vollständig normalem rechten. Man sah nur Rudimente des Ohrläppchens und tastete Reste des Gehörgangsknorpels durch die unversehrte Hautdecke. Die Hörfähigkeit links etwa 1 *m* Konv.-Spr. und 40 *cm* Fl.-Spr., mit dem B á r á n y schen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lärmapparat gemessen. Ich möchte bei dieser Gelegenheit bemerken, daß ich auf Grund wiederholter Versuche der Ansicht bin, durch den Lärmapparat werde das betreffende Ohr für die Dauer seiner Tätigkeit vom Hörakte gänzlich ausgeschaltet. Der Patient kann also alles nur mit dem anderen, unverschlossenen Ohre hören. Doch gibt die während des Versuches gefundene Hörfähigkeit des nicht verschlossenen Ohres keineswegs die richtige Hörschärfe an, sondern weniger, da der Lärm des Apparates immerhin die gesprochenen Worte schwerer verständlich macht. Man kann also die während des Versuches gefundenen Werte als Mindestwerte bezeichnen und sicher eine größere Hörfähigkeit annehmen. Bei dem oben erwähnten Patienten konnte ich also trotz der relativ guten Hörfähigkeit, die die von Falta angegebenen Höchstwerte (10 *cm* laute Sprache) um ein Vielfaches übertraf, links keinen Reflex finden, während er rechts prompt auszulösen war. Dabei gab Patient an, das Surren des Apparates links deutlich zu hören. Hier konnte ich den Apparat natürlich nur in unmittelbarer Nähe des Ohres halten, was ich zur Kontrolle auch bei einer Reihe anderer Fälle tat mit dem Erfolge, daß der Reflex sichtlich schwächer als beim Einführen des Apparates zu beobachten war. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Patienten, der bei normalem linken Ohre rechts eine völlige narbige Atresie des knorpeligen Gehörganges etwa $1^1/_2$ *cm* vom Ohreingange entfernt aufwies. Links überaus lebhafter Reflex, rechts negativ trotz ziemlich guter Hörschärfe ($2^1/_2$ *m* Konv.-Spr., 10 *cm* Fl.-Spr., mit dem Lärmapparat gemessen). Das Gemeinsame beider Fälle war der Verschluß des äußeren Gehörganges, einmal angeboren, das andere Mal erworben. Dies kann aber unmöglich das Ausschlaggebende sein, da ich bei einer Reihe von Patienten mit Stenose, ja völliger Atresie des äußeren Gehörganges den Reflex deutlich nachweisen konnte.

Des weiteren waren negativ zwei Fälle von chronischem Mittelohrkatarrh. Der eine war ein beiderseitiger Katarrh, hörte rechts 2,5 *m*, links 0,3 *m* Fl.-Spr., zeigte rechts schwachen, links keinen Reflex. Im anderen Fall handelte es sich um einen einseitigen Katarrh bei normalem anderen Ohre. Auf dem kranken Ohre Gehör 5 *m* Konv.-Spr., 0,1 *m* Fl.-Spr. und Fehlen des Reflexes. Auf dem anderen Ohre ist der Reflex außerordentlich lebhaft: Zusammenzucken mit dem ganzen Körper und Innervation des gleichseitigen Mundfacialis. Patient gab an, das Surren des Apparates im kranken Ohr zu vernehmen und das Gefühl des Zitterns daselbst zu haben. Erwähnenswert ist eine tiefe Knochennarbe am Scheitel infolge eines Kriegstraumas.

Der fünfte Fall war ein Patient mit Narben und Verkalkungen an beiden Trommelfellen; die Hörfähigkeit betrug beiderseits mindestens 1 *m* Konv.-Spr. Der Reflex fehlte auf beiden Seiten.

Der nächste Fall war ein Patient mit einseitiger Otitis externa diffusa, der auf dem kranken Ohre bei einer Hörfähigkeit von über 2 *m* Fl.-Spr. Areflexie zeigte. Auf dem gesunden Ohre deutlicher Reflex.

Der siebente Fall war ein Soldat mit Othämatom rechts und beiderseitigem chronischen Mittelohrkatarrh. Die Hörfähigkeit betrug rechts 3 *m*, links 4 *m* Fl.-Spr. Rechts fehlte der Reflex, links war er schwer, aber deutlich auszulösen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Annahme Faltas, daß der Reflex um so intensiver sei, je größer die Hörfähigkeit, läßt sich nach meinen Untersuchungen nicht mehr aufrecht erhalten. Man kann aus der Intensität des Reflexes keinen Rückschluß auf die Hörschärfe ziehen. In vielen Fällen von normalem Gehör bestand der Reflex nur in den oben beschriebenen fibrillären Zuckungen, wo man doch einen kräftigen Reflex erwarten sollte, in anderen Fällen mit stark herabgesetzter Hörfähigkeit trat völliger Lidschluß, manchmal sogar mit Zuckungen des ganzen Körpers auf. In dieser allgemeinen Form ist die Behauptung Faltas sicher nicht richtig. Eher könnte man vielleicht sagen, daß bei einem Individuum der Reflex auf der besser hörenden Seite in der Mehrzahl der Fälle (auch nicht immer!) intensiver sei.

Wie erklären wir uns nun die Tatsache, daß wir in einer stattlichen Reihe von Fällen mit respektabler Hörschärfe (bis zu 3 *m* Flüstersprache!), die die von Falta angegebene Grenze bei weitem übertrifft, keinen Reflex auslösen können? Sein Fehlen aus der Herabsetzung der Hörschärfe allein erklären zu wollen, geht nicht an, da wir selbst in Fällen vollständiger Taubheit den Reflex oft und oft sahen. Es müssen hier also noch andere Faktoren mitbestimmend sein, die von der Hörschärfe unabhängig sind. Noch ein anderer Umstand scheint darauf hinzuweisen: Wir finden nämlich bei einem großen Teil der „negativen" Fälle, daß der Reflex auch auf der „positiven" Seite schwer und oft nur undeutlich trotz der guten Hörschärfe nachzuweisen ist. Da dies in einigen Fällen auch bei völlig normalem anderen Ohre zutrifft, so muß die Ursache hiefür außerhalb des Hörvermögens zu suchen sein. Vielleicht handelt es sich um eine herabgesetzte Empfindlichkeit des Gehörgangs-Trigeminus, vielleicht nur eine Verminderung oder Änderung des sogenannten Vibrationsgefühles, Erscheinungen, auf die Fröschels, allerdings in anderem Zusammenhange hingewiesen hat. Aber auch die Herabsetzung der Empfindlichkeit des Trigeminus, die ja nach V. Urbantschitsch und Fröschels nur bei chronischer Otitis, Otosklerose und dieser ähnlichen Mittelohrkatarrhen vorkommt, kann es nicht erklären, denn ich konnte bei diesen Krankheiten kaum eine größere Zahl der „negativen" Fälle finden als bei anderen. Vielleicht könnte man analog den Beobachtungen Faltas über Empfindungsstörungen bei Labyrintherschütterung nach Granatexplosionen daran denken, daß auch unser Reflex, sowie die anderen Reflexe infolge des erlittenen Traumas erloschen sei. Da mein Material nur Soldaten umfaßt, die fast alle Granatexplosionen aus nächster Nähe mitgemacht haben — viele geben dies auch anamnestisch als Grund ihrer Erkrankung an —, so könnte man ganz gut für einen Teil dieser Fälle Faltas Erklärung annehmen. Auch Fremels Untersuchungen geben uns einen Fingerzeig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er berichtet, daß er bei Kopfverletzten häufig eine Anästhesie der Haut in der Umgebung des Ohres, sowie eine Verminderung des Kitzelgefühls sowohl bei ohrgesunden, wie auch bei ohrlädierten Patienten festgestellt habe, die er als funktionell auffaßt. Unter meinen „negativen" Fällen befinden sich auch Kopfverletzte, für die vielleicht die Angaben Fremels Geltung haben könnten. In einem Falle war die Verletzung am Scheitel, etwas gegen die rechte Seite zu. Der Reflex fehlte rechts, war dagegen links überaus lebhaft, Kitzel- und Kischs Spülreflex rechts ebenfalls fehlend, links vorhanden. Cornea- und Rachenreflex positiv. Wenn wir also auch für einige „negative" Fälle eine plausible Erklärung finden können, so bleiben doch andere übrig, bei denen sie nicht zutrifft. Für diese Fälle steht eine restlose und befriedigende Erklärung noch aus.

Das Ergebnis meiner Untersuchungen ist also folgendes:

1. Der Lärmapparatreflex ist bei ohrgesunden Patienten immer auslösbar, außer bei mechanischer Behinderung.

2. Es gibt völlig Taube und Taube mit Hörresten, die den Reflex haben.

3. Von 115 Ohrenkranken zeigten 12 den Reflex nicht (10,4%). Unterschiede bezüglich der einzelnen Krankheiten untereinander waren nicht nachweisbar.

4. Aus der Intensität des Reflexes läßt sich kein Rückschluß auf die Hörfähigkeit ziehen.

5. Nach meinen Untersuchungen scheint es sich um keinen Acusticus-Facialis-Reflex zu handeln, sondern andere Faktoren (Trigeminus? Vibrationsgefühl? funktionelle Areflexie?) mitbeteiligt zu sein.

6. Da der Lärmapparatreflex gerade in den Fällen, auf die es ankommt, versagen kann, ist er als Simulantenfalle nicht zuverlässig.

Literatur: Falta, Ein objektives Prüfungsmittel zur Feststellung der Taubheit und Schwerhörigkeit. W. m. W. 1918. Nr. 20. — Alexander, W. kl. W. 1916. Nr. 18 u. 19. — Fröschels, Über ein neues Symptom bei Otosklerose. Mschr. f. Ohrhlk. 44. S. 23 u. 1216. — Derselbe, Über den Grund des Kitzelsymptoms bei Otosklerose. Passows Beitr. 5. S. 199. — Derselbe, Über das Vibrationsgefühl bei Otosklerose. Mschr. f. Ohrhlk. 1910. Nr. 7. — Wodak, Über Aggravation und Simulation von Hörstörungen. W. kl. W. 1917. Nr. 52. — Imhofer, Der Wert der Prüfung des statischen Labyrinths. Arch. f. Ohrhlk. 101. H. 4. — Wotzilka, Zur Verwendung akustischer Reflexe bei der Diagnose der Taubheit und Simulation. W. kl. W. 1918. Nr. 28. — V. Urbantschitsch, Über den Einfluß von Trigeminusreizen. Pflügers Arch. 1883. — B. Kisch, Über einen neuen Reflex. Vortrag im Prager Ärzteverein. Mai 1918. — Falta, Über Empfindungsstörung bei Labyrintherschütterung etc. M. Kl. 1917. Nr. 49. — Fremel, Über die Knochenleitung bei Kopfschüssen. Mschr. f. Ohrhlk. 52. H. 3/4.

Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Oktober 1918.

Vorsitz: A. Politzer.
Schriftführer: E. v. Urbantschitsch.

A. Politzer: Unsere Fachwissenschaft hat den Verlust eines verdienstvollen Vertreters zu beklagen. Vor einigen Wochen ist in Leipzig Prof. Anton aus dem Leben geschieden. Er war hier im Jahre 1862 geboren, wurde 1886 in Prag promoviert und war von 1887 bis 1890 Assistent an der Klinik Zaufal. 1902 erhielt er die Dozentur und einige Jahre später die Professur. Er wurde dann als Professor der Oto-Rhino-Laryngologie nach Leipzig berufen, gewiß eine Anerkennung der österreichischen Wissenschaft. Seine Publikationen bewegten sich mehr auf rhino- und laryngologischem als otologischem Gebiet. Von seinen otologischen Arbeiten haben die über die Lymphgefäße der Tube und Trommelhöhle besondere Anerkennung gefunden.

Dozent Dr. R. Imhofer in Prag wird zum Mitglied gewählt.

I. Ernst v. Urbantschitsch: **Akute tuberkulöse Mastoiditis und Tuberkulose der Warzenfortsatzgegend bei Scharlach. Zerfall der Granulationen bei interkurrenten Masern.**

Hans L., 6 Jahre alt, aufgenommen ins Kaiser Franz Josef-Spital (Infektionsabteilung) am 9. XI. 1917.

Anamnese: Ende Oktober 1917 an Scharlach erkrankt. Verlauf gutartig, doch rechtsseitige Otitis. Am 9. XI. retroaurikuläre Schwellung rechts. Exanthem bereits abgelaufen. 12. XI. Paukeneiterung mäßig, Trommelfell etwas gerötet, leicht vorgewölbt, besonders im hinteren Anteil. Warzenfortsatz etwas ödematös, druckempfindlich. Auf Behandlung (heiße Burow-Umschläge, H_2O_2 etc.) sistierte die Otorrhoe. Allmählich zunehmende Schwellung retroaurikulär. Kein Fieber. Allgemeinbefinden gut. 3. XII. Retroaurikuläre Schwellung bis 4 Querfinger hinter dem Ansatz der Ohrmuschel.

3. XII. Operation: Warzenfortsatz pneumatisch, vom Antrum bis zur Terminalzelle mit freiem Eiter und blassen Granulationen erfüllt, die beide auch den Subperiostalraum in Massen erfüllen. Knapp hinter der hinteren oberen Umrandung des äußeren Gehörganges kleinerbsengroße Knochenfistel, die in die Warzenfortsatzhöhle führt. Perisinuöser Abceß. Sinuswand hochgradig verändert, mit Granulationen bedeckt. Sinus auf Kronengröße freigelegt; nach keiner Seite gesunde Wand erreicht. Keine Ligatur. Kein Klammerverschluß. Jodoformdochttamponade.

Bakteriologischer Befund (Dr. Epstein): Im Ausstrich spärlich phagocytierte, gram positive Diplokokken. Kulturell nichts aufgegangen.

Verlauf: 7. XII. Wundheilung zwar gut, doch retroaurikuläre Schwellung sehr stark. Normale Temperaturen.

17. XII. Zunehmende retroaurikuläre Schwellung. Entzündlich geschwollene Drüsen in der nächsten Umgebung der Wunde; eine gegen den Nacken zu gelegene vereitert; Incision und Drainage derselben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

31. XII. Retroaurikuläre Schwellung apfelgroß. Drüsenincision.

21. I. 1918. Operationswunde geschwollen. Retroaurikuläre Schwellung etwas geringer.

25. II. Schwellung wieder zugenommen, tumorartig: sie reicht nach oben bis zur Höhe des oberen Ohrmuschelrandes, nach unten bis zur Warzenfortsatzspitze und nach hinten fast bis zur Mittellinie. Eiterabfluß aus 2 Fisteln. Nie Fieber, keine subjektiven Beschwerden. Ohrbefund: Rechts chronischer Adhäsivprozeß des Mittelohres. R —, +; W ➤➤ r.; S =, =. Kein spontaner Nystagmus, kalorische Reaktion: nach 1 Liter kalten Wassers positiv. v = a. c., 4 *m*.

25. II. Operation: Hautschnitt zwickelförmig, mit der Basis nach oben. Periost stark verdickt. Knochen des Felsenbeines in weiter Ausdehnung in Zerfall; allenthalb blaße, schwartige Granulationen. Sinuswand mit letzteren verwachsen. Kein Eiter. Excision der Fisteln. Dura der mittleren Schädelgrube freigelegt, umgebender Knochen zerbröckelnd.

Histologischer Befund (Prof. Stoerk): Tuberkulom.

Bakteriologischer Befund (Dr. Hammerschmied): Diplococcus lanceolatus.

Weiterer Verlauf: 4. III. Erster Verbandwechsel; ohne Besonderheiten.

29. III. Wundhöhle mit großen Granulationsmassen ausgefüllt. Künstliche Höhensonne (3mal wöchentlich). Wohlbefinden, doch wenig Appetit.

15. IV. Ätzungen mit dem Lapisstifte. Höhensonne.

25. IV. Morbillen.

15. V. Morbillen abgelaufen. Große Granulationsmassen überragen die Operationshöhle.

18. V. Plötzlicher Zerfall aller Granulationen, so daß ein tiefer Hohlraum (Warzenfortsatzhöhle) entsteht.

25. V. Allmählich füllt sich die Höhle wieder mit Granulationen bei Fortsetzung der Höhensonnenbehandlung.

28. V. Die Wundhöhle ist fast geschlossen, doch besteht noch oberflächliche, spärliche Sekretion (flächenhafte).

Epikrise: Das Bemerkenswerte dieses Falles ist das Auftreten einer akuten tuberkulösen Mastoiditis und einer tuberkulösen Entzündung der Weichteile der Umgebung während eines Scharlachs. Schon klinisch sprach manches für die Diagnose der Tuberkulose, insbesondere der afebrile Verlauf bei den ausgedehnten entzündlichen Erscheinungen. Auffallend war der plötzliche Zerfall der Granulationen nach Ablauf der im weiteren Verlauf hinzugetretenen Masern. Die Behandlung konnte nach den erforderlich gewordenen operativen Eingriffen nur eine konservative sein und bestand in zeitweisen Ätzungen und künstlichen Höhensonnebestrahlungen. Ein auffallender Erfolg war hierdurch freilich nicht zu verzeichnen. Allerdings fehlte infolge der Kriegsverhältnisse auch die genügend kräftige Ernährung. Akute Tuberkulose ist bei Scharlach viel seltener als nach Masern zu beobachten.

II. Ernst v. Urbantschitsch: **Eitrige Meningitis. Operation. Heilung.**

Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Pauline M., 11 Jahre alt, aufgenommen auf die Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitales am 8. VII. 1918.

Anamnese: Rechts Otorrhoe mit 1 Jahr nach Morbillen. Auf H_2O_2-Einträufelung nach einigen Wochen geheilt. Seit 1910 häufiger, gewöhnlich bald wieder sistierender Ausfluß aus dem rechten Ohr, meist zirka 14 Tage dauernd. Erst seit Jänner 1918 konstante Otorrhoe mit nur ganz kurzen Pausen. In letzter Zeit Schwindelanfälle. Am 19. VI. plötzlich Kopfschmerzen, Fieber bis 39,9°, Nackensteifigkeit, Erbrechen (unabhängig von der Nahrung).

20. VI. Herpes labialis. Aufschreien in der Nacht, Kopfschmerzen, in der Folge anhaltend, besonders in der Stirngegend.

Befund: Rechtes Trommelfell zerstört, Gehörgang mit Eiter erfüllt, in der Pauke cholesteatomatöse Massen. Am hinteren Trommelfellfalz kleine Granulationen. Links normal. R —, +; W ➤ r., S =, =. Kein spontaner Nystagmus, kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion positiv. v (mit Lärmapparat) r. a. c., l. + 6 *m*. Kernig positiv, Dermographie deutlich; Babinski: rechts 0, links positiv.

Verlauf: 22. VI. Lumbalpunktion: Erhöhter Druck; 20 cm^3, getrübte Flüssigkeit. Im gefärbten Sediment keine Meningokokken, rechts polynukleäre Leukocyten.

23. VI. Lumbalpunktat: erhöhter Druck; 26 cm^3 getrübter Liquor. Keine Meningokokken. Ausstrich aus Herpesblase: Leukocyten und Detritus.

25. VI. Lumbalpunktat: Gram-positive Diplokokken. Mikroskopisch nicht sehr zahlreiche polynukleäre Leukocyten neben roten Blutkörperchen. Präzip.: negativ.

1. VII. Lumbalpunktat: Erhöhter Druck, 35 cm^3, trüb.

3. VII. Lumbalpunktat: Erhöhter Druck, 15 cm^3, trüb. Bakteriologischer Befund: steril.

4. VII. 30 cm^3 wie tagsvorher.

7. VII. Röntgenbefund: Gleichmäßige Verdunkelung des rechten Warzenfortsatzes.

8. VII. Radikaloperation: Hammer intakt, Amboß nicht vorhanden. Sinus auf Kleinerbsengröße, Dura auf Zweikronenstückgröße freigelegt. Incision der nicht auffällig veränderten Dura. Nach Kreuzincision drängt sich Gehirn vor. 5 Probeincisionen in den Schläfelappen. Hierbei quellen anscheinend nekrotische Gehirnpartien vor. Plastik. Einlage eines kleinen Stückes Jodoformdochtes in die Duraöffnung.

Bakteriologischer Befund: Einzelne Pneumokokken.

9. VII. Augenspiegelbefund normal. Wohlbefinden. Kein Fieber, kein Erbrechen.

10. VII. Fieber und Erbrechen.

11. VII. Starke Kopfschmerzen, wässeriges Erbrechen, Kreuzschmerzen, Schmerzen in den Füßen. — Verbandwechsel. Abermals Incision in den Schläfelappen negativ.

12. VII. Augenspiegelbefund normal.

13. VII. Wundheilung gut.

14. VII. Erbrechen. Früh 39,3°, weiterhin subfebril.

15. VII. Schmerzen in den Hüften und in der Inguinalgegend.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

16. VII. Chirurgischer Befund (Prof. Dr. Lotheissen): Im Hüftgelenk nichts; Beklopfen der Femora: Schmerzen in der Lendengegend links, Druckschmerz hier sehr stark. Sepsis.

17. VII. Anhaltend hohes Fieber, zeitweise Remissionen. Morgens Erbrechen.

Operation: Breite Bloßlegung von Sinus, Sinuswand sukkulent, injiziert, nicht pulsierend. Incision: flüssiges Blut.

18. VII. Fieber bis 39,7°.

19. VII. Temperatur normal. Wohlbefinden. Augenspiegelbefund normal.

20. VII. Wohlbefinden. Temperatur um 37°.

21. VII. Seit der Operation kein Erbrechen.

22. VII. Sehr schöne Wundheilung.

31. VII. Zum ersten Mal außer Bett. Weiterhin normaler Verlauf.

1. IX. Zur ambulatorischen Behandlung entlassen.

Epikrise: Während einer chronischen eitrigen Mittelohrentzündung traten plötzlich ausgesprochene meningitische Erscheinungen auf. Die wiederholt vorgenommene Lumbalpunktion ergab jedesmal stark erhöhten Druck und eitriges Punktat. Bakteriologisch konnten einmal gram-positive Diplokokken nachgewiesen werden. Da die Möglichkeit eines Hirnabscesses bestand, wurden Incisionen in den Schläfelappen (mit negativem Erfolg) vorgenommen; dabei drängte sich die Hirnmasse unter starkem Druck in die Incisionsöffnung der Dura vor: es bestand also ein Hirnödem. Der bakteriologische Befund des Ohreiters ergab einzelne Pneumokokken. Nach nochmaliger Operation allmähliche Entfieberung und Heilung. Daß es sich hier um eine eitrige Meningitis gehandelt hat, ist durch den klinischen Befund und das Lumbalpunktat erwiesen. Immerhin kann es sich um keine ausgebreitete, sondern bloß um eine umschriebene otogen induzierte Form gehandelt haben, da das Punktat meist steril war, einmal allerdings die gleichen Bakterien wie der Ohreiter aufwies. Es dürfte also zeitweilig nur ein Übertritt der Bakterien von der Ohrsphäre in die Cerebrospinalflüssigkeit stattgefunden haben, ohne daß diese Bakterien selbst als direkte Erreger dieser Meningitis anzusprechen wären.

III. Ernst v. Urbantschitsch: **Gekreuzte Cochlear-Vestibular-Ausschaltung bei wahrscheinlicher multipler Sklerose.**

Ing.-Lt. Walter P., 40 Jahre alt, aufgenommen auf die 6. Abteilung des Garnisonsspitals Nr. 2 am 9. X. 1918.

Anamnese: Einige Tage nach Beendigung des Schuljahres — Pat. war Professor an der Staatsgewerbeschule in H. — trat im Juli 1913 beim Aufstehen plötzlich ein heftiger Schwindelanfall mit Erbrechen auf. (Pat. hatte schon früher zeitweilig beim Aufstehen ein oder das andere Mal leichten Schwindel, der aber sofort vorüberging, nur im Jahr 1904 dauerte er einmal 3 Tage lang.) Gleichzeitig trat rechts Ohrensausen auf, zuerst wie Wasserrauschen; allmählich wurde der Ton im Laufe der folgenden 3 Wochen immer höher, hat sich in dieser Qualität bis jetzt erhalten und ist besonders nachts deutlich. Pat. konnte durch 2—3 Monate nur, wenn er geführt wurde, gehen, lernte dann mit dem Stock gehen, den er späterhin abends immer benützen mußte, nur tagsüber konnte er hie und da auch ohne Stock gehen. Das Gehör war rechts immer scharf,

Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

links unverändert schlecht (schon von früher her). Seit wann die Schwerhörigkeit links besteht, kann Pat. nicht angeben, jedenfalls bestand sie entsprechend einer Qualifikation der Nordwestbahndirektion Wien schon 1902 („linksseitig taub").

Ohrenbefund: Trommelfell beiderseits normal. Rechts $v = +6\,m$, links komplette Taubheit. Kalorische Reaktion rechts nach 2 Liter kalten Wassers 0, links nach 0,75 Liter kalten Wassers lebhafter rotatorischer Nystagmus, der sich bei weiterer Spülung noch steigert. Weder nach Rechts- noch nach Linksdrehung Nystagmus. Zeigeversuch: Spontan normal, nach Rechts- wie nach Linksdrehung keine Abweichung, desgleichen kein Abweichen bei kalorischer Prüfung linkerseits (trotz des vorhandenen lebhaften Nystagmus).

Nervenbefund der 4. Abteilung (Dr. Feuerring): Pupillen reagieren, kein Nystagmus, Chvostek +, Facialis frei, Romberg: Fallen nach rechts, bei schwierigen Gangarten Ataxie, Fallen nach rechts, geringe Bewegungsataxie der Hände, kein Intentionstremor. Báránys Zeigeversuch prompt. Motorische Kraft des rechten Beines etwas geringer als links. Kniehakenversuch rechts etwas weniger prompt als links, Sehnenreflexe rechts stärker als links, kein Klonus, Babinski beiderseits positiv, Sensibilität und Stereognose intakt.

Diagnose: Wahrscheinlich multiple Sklerose.

Nervenbefund (Spital für Nervenkrankheiten der Rothschildstiftung; Prof. Redlich): Sprache gut. Linker Facialis bleibt beim Sprechen zurück. Bauchdeckenreflex beiderseits gleich; Cremasterreflex beiderseits gleich. Eine Differenz der P. S. R. und A. S. R. heute nicht nachweisbar. Babinski rechts positiv, links nicht auslösbar. Romberg positiv. Sonst kein Befund. Genaue Diagnose derzeit nicht stellbar. — Wassermann negativ.

Epikrise: Wenn auch die Diagnose „multiple Sklerose" nicht einwandfrei gestellt werden kann, so erscheint sie doch bei der Verschiedenartigkeit der Symptome am wahrscheinlichsten. Der otologische Befund hierbei ist jedenfalls ein äußerst seltener. Fälle von gekreuzten Cochlear-Vestibularausschaltungen sind in dieser Gesellschaft schon von O. Beck und E. Ruttin vorgestellt worden, doch handelte es sich in diesen Fällen um leichtere Kriegsverletzungen (Streifschüsse etc.) und nicht um eine spontan entstandene Nervenerkrankung. Der vorliegende Fall unterscheidet sich von den genannten außerdem noch dadurch, daß linkerseits außer der Cochlearaffektion auch Reaktionslosigkeit für Drehreize besteht, also eine partielle Vestibularaffektion, daß ferner auch bei der lebhaften kalorischen Reaktion kein Abweichen des Armes beim Zeigeversuch stattfindet.

Diskussion.

O. Beck: Ist der Wassermann im Liquor untersucht worden?

E. v. Urbantschitsch: Der wiederholt aus dem Blute untersuchte Wassermann war stets negativ.

IV. Ernst v. Urbantschitsch: **Anhaltende Polyneuritis mit schwerer Vestibularschädigung nach Granatexplosion bei gleichzeitig bestehender heftiger Angina.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lt. Paul D., 29 Jahre alt, aufgenommen auf die 6. Abteilung des Garnisonsspitals Nr. 2 am 26. IX. 1918.

Anamnese: Pat. erkrankte am 16. XII. 1916 im Felde an einer heftigen fieberhaften Angina, versuchte aber trotzdem, sich an einem Angriff zu beteiligen, als eine explodierende Granate sein Pferd, auf welchem er ritt, zu Boden schleuderte; er stürzte mit diesem zu Boden, verletzte sich aber nicht, sondern stand sofort auf und brachte, nachdem er auch dem Pferd auf die Beine geholfen hatte, seinen Sattel wieder in Ordnung. Einige Tage später Ohrenschmerzen, Erbrechen, Kopfschmerzen, Druck im Hinterhaupt. Am 24. XII. Doppeltsehen und Schwindel. Seit 30. XII. häufig Erbrechen nach den Mahlzeiten, einmal 8mal hintereinander. Beim plötzlichen Aufstehen, auch beim Gehen Schwindel, Gefühl der Drehung der Gegenstände. — Früher nie ohrenkrank.

Der Status praesens vom 31. XII. 1917 (bzw. 3. I. 1918) ergab: Interner Befund negativ. Puls 72. P. S.-Reflexe gesteigert. Linksseitige Facialisparese aller drei Äste. Pupillenreaktion prompt. Vorgehaltenes Licht wird, sobald es nach oben und außen und von der Mittellinie nach links gebracht wird, doppelt gesehen. Trommelfelle ganz leicht gerötet und getrübt. Rechts normales Hörvermögen, links v = a. c. Spontaner Nystagmus beim Blick nach links. Romberg: Fallen nach rechts hinten. Leichtes Abweichen des linken Armes nach links. Flankengang nach links unmöglich. Stimmgabelbefund dementsprechend. Vestibularapparat: Intentionsnystagmus, stärker bei Blick nach links. Kein Zeigefehler weder im Schulter-, noch im Handgelenk. Fallen unregelmäßig, hauptsächlich nach rechts und hinten durch Kopfbewegung beeinflußbar. Kalorisch links übererregbar (1 Minute 40 Sekunden). Auch Zeigeversuch unbeeinflußbar.

6. I. Nach jeder Nahrungsaufnahme Erbrechen.

8. I. Normaltemperaturen. Pat. klagt über Schwindel, auch im Bett und in Ruhelage. Konstantes Erbrechen. Leichte Facialisinnervation im Gebiete der Stirn und Nasolabialgegend.

10. I. Kein Erbrechen. Schwindelgefühl noch vorhanden.

11. I. Pat. verträgt Nahrung. Neurologischer Befund (Prof. Fuchs): Linksseitige Facialislähmung, schwere periphere Entartungsreaktion im Facialisgebiet.

14. I. Tägliche Galvanisation.

18. I. Lidschluß noch unvollkommen. Stirnrunzeln links gebessert. Schwindelgefühl bedeutend geringer. Allgemeinbefinden gut.

24. I. Im Ruhezustand keine Differenz zwischen beiden Gesichtshälften wahrnehmbar. Der Lidschluß links noch unvollkommen. Bei Heben der Oberlippe und Stirnrunzeln besteht noch Schwäche der Innervation. Konv.-Spr. auf $^1/_2$ *m*.

27. I. Facialisinnervation links fast normal. Lidschluß vollkommen.

5. II. Im mittleren und unteren Facialisast ist die Innervation noch nicht vollkommen.

12. II. Facialis links unverändert. Der mittlere und untere Ast noch nicht erholt. Subjektives Wohlbefinden. Kein Schwindelgefühl. Bei geschlossenen Augen leichtes Schwanken.

Ohrenbefund vom 29. IX. 1918: Trommelfelle normal. v = + 6 *m*, 1 *m*. R +, +; W ➤ r.; S =, —. Spontaner rotatorischer Nystagmus nach rechts. Kalorische Reaktion: rechts nach $^1/_2$ Liter kalten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wassers positiv, links nach 2½ Liter 0, nach 3 Liter vielleicht geringste Spuren von Nystagmus. Drehreaktion: nach Linksdrehung lebhafter Nystagmus 15″, nach Rechtsdrehung feinschlägiger Nystagmus 4″. Zeigeversuch: spontan rechts normal, links leichte Abweichung nach links; nach Drehung: nach Linksdrehung Ablenkung normal, nach Rechtsdrehung unverändert (wie spontan). Flankengang rechts normal, links lebhafte Sturzbewegung. Facialisparese links hauptsächlich des 2. Astes, in Spuren auch des 1. und 3. Astes.

Wassermann negativ.

Epikrise: Die Ätiologie der auffallend lang anhaltenden Erscheinungen ist in diesem Falle nicht ganz klar. Eine Schädelbasisfraktur durch den Sturz mit dem Pferd erscheint in Anbetracht der mangelnden Symptome nach dem Trauma nicht sehr wahrscheinlich. Am ehesten dürften multiple kleine cerebrale Blutaustritte als Ursache für die Nervenstörungen anzusehen sein; damit wäre auch das Auftreten der Erscheinungen mehrere Tage nach der Granatexplosion in Einklang zu bringen. Daß übrigens auch die Angina von Belang gewesen sein könnte, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. So konnte ich vor einem Jahre hier einen Leutnant demonstrieren, bei dem im Anschluß an eine Furunkulose eine Sepsis mit kompletter Labyrinthausschaltung aufgetreten war. Auffallend ist jedenfalls die lange Dauer der Erscheinungen, insbesondere die mangelnde Kompensierung der Vestibularaffektion.

Diskussion.

R. Leidler: Es könnte sich hier um eine Polyneuritis nach Frankl-Hochwart mit Beteiligung des Facialis, Trigeminus und Acusticus handeln; der Flankengang gehört zwar in das Bild nicht hinein. Es könnte auch eine toxische Neuritis im Anschlusse an die Angina vorliegen. Die Dauer der Neuritis spricht nicht dagegen, denn es können ja Nervenlähmungen zurückbleiben; im Gegenteil, zentrale Läsionen würden sich ja eher ausgleichen als periphere.

V. R. Leidler: **Fall von chronischem, nicht heilendem entzündlichen Geschwür der retroaurikulären Haut nach Radikaloperation wegen chronischer Otitis.**

J. L., 21 Jahre alt, erkrankte im 3. Lebensjahre nach Masern an einer linksseitigen Otitis, welche 1913 zum ersten Male andernorts radikal operiert wurde. Da die Wunde nicht heilte, mußte 1914 nochmals operiert werden. Trotzdem die Pat. konstant nachbehandelt wurde und sich auch mehrere Monate in sehr guten Ernährungsverhältnissen am Lande aufhielt (wobei sie mehrere Kilogramm an Körpergewicht zunahm), heilte die retroaurikuläre Wunde nicht nur nicht zu, sondern verbreitete sich zu einem großen Geschwür, das konstant in großen Mengen sehr fötiden Eiter produzierte. Ich sah die Pat. das erste Mal im Dezember 1916. Damals bestand retroaurikulär entsprechend dem alten Hautschnitt ein zirka fünfkronenstückgroßes Hautgeschwür, in dessen Grunde eine Fistel in die alte Knochenwundhöhle führte. Sowohl aus dem Gehörgang als aus der retroaurikulären Wunde entleerte sich in großen Mengen eine schwärzlich gefärbte, aashaft stinkende Flüssigkeit, welche die Haut der Umgebung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

exkoriierte und durch den penetranten Geruch die Pat. nicht nur gesellschaftlich unmöglich machte, sondern ihr auch den Appetit und Schlaf raubte. Das Geschwür hatte etwas aufgewulstete, granulierende, ziemlich harte Ränder und war teilweise mit grauschwarzen Membranen belegt. Der Funktionsbefund des Ohres ergab eine hochgradige Mittelohrerkrankung ohne Beteiligung des Labyrinths. Der interne Befund war negativ. Ebenso Wassermann. Temperatur normal. Die bald darauf von mir vorgenommene Operation ergab eine mit schlaffen Granulationen und Eiter erfüllte, sonst typische Radikaloperationshöhle, deren umgebender Knochen makroskopisch nicht verändert war. Das Geschwür griff nirgends auf den Knochen über. Trotzdem wurden Sinus und Dura in weitem Ausmaße freigelegt. Beide erwiesen sich als normal. Das ganze Geschwür wird mitsamt einem kleinen Streifen angrenzender gesunder Haut excidiert, die Wunde offen gelassen. Die mikroskopische Untersuchung des Geschwürs ergab nur entzündliches Granulationsgewebe (Prof. Joanovitz), keine Tuberkulose, keinen Tumor. Nach anfänglich gutem Wundverlauf stellte sich bald wieder der alte, oben beschriebene Zustand ein, der im März 1917 zu einer neuerlichen Auskratzung des Geschwürs und der Wundhöhle führte. Hierauf wurde die Pat. vom Kollegen Dr. Cemach durch mehrere Monate mit Quarzlicht und Nitra-Blaulicht behandelt, ohne daß ein wesentlicher bleibender Erfolg erzielt wurde. Das Ekzem verschwand, die Sekretion und der Fötor nahmen ab. Dreimalige Auskratzung von Granulationen plus Knochen ergab bakteriologisch zweimal Proteus und Eitererreger, keine Tuberkulose. Das Ergebnis von 3 Tierversuchen war: Die ersten zwei Tiere eingegangen, der dritte Versuch (Antiformin) ergab keine Tuberkulose. Der damalige interne Befund ergab beiderseits Lungenspitzenkatarrh. — Nach Aussetzen dieser Behandlung kehrte nach kurzer Zeit wieder der alte Zustand zurück, so daß der Pat. nahegelegt wurde, wieder einen längeren Landaufenthalt zu nehmen. Von demselben kehrte sie nach mehreren Monaten, im Allgemeinbefinden wesentlich gebessert, mit geheiltem Lungenprozeß, jedoch nur wenig gebessertem Ohrprozeß zurück. Der heutige Befund bei der Pat. ist folgender: Allgemeinbefund außer konstanten, häufig besonders in der Nacht sehr stark auftretenden Kopfschmerzen ziemlich gut. Der Lungenspitzenkatarrh derzeit ohne Symptome. Das retroaurikuläre Geschwür hat sich wesentlich vergrößert und auf die Hinterfläche der Ohrmuschel übergegriffen. Daselbst liegt fast in der ganzen Ausdehnung der Knorpel frei und ist an einzelnen Stellen oberflächlich nekrotisch geworden. Die Ohrmuschel ist in ihren oberen zwei Dritteln perichondritisch geschrumpft und deformiert. Die beiden Geschwürsflächen (der Ohrmuschel und der retroaurikulären Haut) sind an einzelnen Stellen miteinander verwachsen. Die Sekretion ist im Charakter gleich, in der Intensität womöglich noch stärker als früher. Das Ohr ist taub, Labyrinth prompt erregbar. Kein Spontannystagmus. Eine neuerliche Untersuchung des klinisch auf Epitheliom höchst suspekten Geschwürs (Dr. Koritschoner) ergab wieder nur entzündliches Granulationsgewebe.

Ich habe die Absicht, die Pat., welche in diesem Zustand gesellschaftlich unmöglich ist und aus ihrer gedrückten Stimmung heraus öfters Selbstmordabsichten äußert, nochmals zu operieren, und werde über den Verlauf seinerzeit wieder berichten.

Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Diskussion.

A. C. Cemach: Ich habe die Pat. seit Monaten mit allen möglichen Lichtformen (Quarzlicht, Nitralicht etc.) behandelt, aber nur mit dem Erfolge, daß das Ekzem verschwunden ist, daß das Sekret abgenommen hat und vielleicht weniger fötid wurde. Aber vom Momente des Aussetzens der Behandlung ist der alte Zustand zurückgekehrt. Auch habe ich dreimal Auskratzungen vorgenommen und Granulationen und Stückchen vom Knochen auf Tuberkulose untersucht — mit negativem Erfolge. Die bakteriologische Untersuchung ergab alle möglichen Arten von Eitererregern und Proteus, aber nie Tuberkelbacillen. Auch 2 Tierversuche wurden gemacht. Das erste Tier ist eingegangen, deshalb habe ich beim zweiten Versuch den Eiter mit Antiformin vorbehandelt; dieser Versuch fiel negativ aus. Herdreaktion nach Tuberkulomucin trat nicht auf. Das einzige für Tuberkulose sprechende Moment ist eine beiderseitige progrediente Apicitis mit positivem Sputum. Ich glaube, daß auch der Ohrprozeß tuberkulös ist. Da Leidler von einer weiteren Operation spricht, möchte ich von einer breiten Freilegung und nachherigen Applikation von Quarzlicht etwas erhoffen.

VI. O. Beck: **Otitis nach Sprung ins Wasser, Sinusthrombose, Inselbildung der Jugularis interna.**

Der 18jährige Pat. gibt an, im Alter von 4 Jahren ein krankes Ohr gehabt zu haben, ob rechts oder links, kann er sich nicht mehr erinnern. Das Ohr war ausgeheilt, denn er hörte beiderseits gut, hatte nie Ohrenfluß, keinerlei Beschwerden. Am 27. VI. sprang der Pat. im Schwimmbad ins Wasser, und zwar kopfüber vom Trambolin (Kopfsprung), sofort danach hatte er im rechten Ohr das Gefühl von Taubheit und außerdem sehr starken Schwindel, so daß er einige Stunden ruhig liegen mußte. Am nächsten Tage setzten im rechten Ohr sehr heftige Schmerzen ein und es trat Ohrenfluß auf. Die Taubheit war angeblich nach 5 Tagen verschwunden, das heißt, der Pat. hörte sehr schlecht auf dem rechten Ohr, aber das Gehör war besser als in den Tagen unmittelbar nach dem Sprung ins Wasser. Vom Arzt wurde Wasserstoff verordnet. Die starken Schmerzen ließen nach zirka 14 Tagen nach, dagegen bestand sehr reichlicher Ohrenfluß weiter. Am 15. IX. sehr starke Schmerzen am Warzenfortsatz. Schlaflosigkeit, weshalb der Kranke die Klinik aufsuchte.

Befund vom 29. IX.: Rechter Warzenfortsatz spontan und auf Druck äußerst empfindlich, die Haut ödematös. Starke Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand. Sehr reichliche, rahmige Sekretion, Trommelfell mattrot, ohne sichtbare Details. Hirsekorngroße Perforation im hinteren unteren Quadranten. Gehör (Lärmapparat): Konv.-Spr. 15 *cm*, Fl.-Spr. 0. L. O.: normal, kein spontaner Nystagmus, kein Fistelsymptom. Beide Seiten typisch erregbar. Temperatur 38,2°.

Operation (Beck) am 30. IX.: Akutes Empyem. Antrotomie. Sinus auf 3 *cm* freigelegt, mit dicken Membranen und reichlichen Granulationen bedeckt. Freilegung bis ins Gesunde. Resektion eines Teils der Wurzel des Jochfortsatzes. Usuelle Wundversorgung. 3 Tage nach der Operation Temperaturen zwischen 38,6 und 39,8°. 4. Tag Schüttelfrost, in der Frühe 40,2°.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Operation (Beck) am 4. X.: Probeincision in den Sinus spricht für Thrombose. Ausführung der Sinusoperation. Entfernung eines Thrombus, der nicht vereitert ist. Von oben Blutung in vollem Strahl. Unterbindung der Vena jugularis interna. An Stelle der Jugularvene finden sich zwei parallel verlaufende, annähernd gleiche Venen, die sich zirka 2 *cm* über Clavicularhöhe vereinigen. Die mehr nach rückwärts gelegene Vene erweist sich als eigentliche Vena jugularis interna. In sie mündet die Vena facialis communis ein. In die andere Vene mündet die Vena thyreoidea media. Bei der Freipräparierung nach oben läßt sich ihr Ursprung nicht feststellen. Es werden beide Venen unterbunden. Normaler Wundverlauf.

Ich habe mir erlaubt, diesen Fall aus 2 Gründen vorzustellen: 1. wegen der Ätiologie der Otitis, die zur Sinusthrombose geführt hat. Nach den Angaben des Pat. steht es außer Zweifel, daß durch den Sprung ins Wasser eine traumatische Trommelfellruptur entstanden ist und daß durch das gleichzeitig ins Mittelohr eingedrungene Wasser die Mittelohreiterung entstanden ist. Soweit ich mich erinnern kann, wurde bereits in dieser Gesellschaft ein ähnlicher Fall von Ernst v. Urbantschitsch vorgestellt, bei dem ebenfalls nach einem Sprung ins Wasser eine traumatische Ruptur mit Otitis und Bogengangsfistel aufgetreten ist.

Der zweite Grund sind die merkwürdigen anatomischen Verhältnisse in der Venenverteilung an der seitlichen Halsgegend. An Stelle der Jugularvene finden sich 2 parallel verlaufende Venen von annähernd gleichem Kaliber. Die beiden vereinigen sich etwa 2 Querfinger breit oberhalb des Schlüsselbeins. Beim Präparieren gegen den Bulbus zu konnte die mehr nach rückwärts gelegene Vene als die eigentliche Jugularis interna festgestellt werden und in diese mündete die Vena facialis communis. Von der anderen mehr nach vorne gelegenen Vene konnte der Ursprung nicht festgestellt werden. Möglicherweise handelte es sich um eine Wirbelvene. Ich will daran erinnern, daß im Jahre 1911 ein ähnlicher Fall von Inselbildung im Venengebiet von Bondy vorgestellt wurde.

Entwicklungsgeschichtlich ließe sich das Vorkommen einer der eigentlichen Jugularvene parallel verlaufenden Vene erklären. Diesbezüglich verweise ich auf eine Abhandlung von Tandler im anatomischen Anzeiger, Bd. 31: Die Entwicklung der Lagebeziehung zwischen Nervus accessorius und Vena jugularis interna beim Menschen.

Diskussion.

G. Alexander: Nach dem von Beck Mitgeteilten glaube ich, daß es sich hier um eine tiefmündende Thyreoidalvene gehandelt hat.

VII. O. Beck: **Verletzung des rechten Nervus glossopharyngeus, vagus, hypoglossus und sympathicus durch einen Messerstich in den Nacken.**

Anamnese: Pat. war stets gesund, keine Kinderkrankheiten. Pat. gibt an, am 10. I. 1918 während eines Raufhandels von rückwärts einen Messerstich in den Nacken erhalten zu haben. Das Blut strömte aus Mund und Nase, inzwischen fiel er aber zu Boden und verlor für einige Zeit die Besinnung. Er stand später auf und lief vor seinen Angreifern in ein benachbartes Haus, worauf er wieder die Besinnung verlor. Dort wurde ihm ein Verband angelegt, worauf die Blutung aus der Wunde stillstand, aus Mund und Nase blutete er aber weiter. Erst 16 Stunden nach der Verletzung wurde er zu einem Arzte geführt, der den Verband nicht

Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

wechselte. Er verblieb noch 27 Tage in häuslicher Pflege, bis die Stichwunde ganz vernarbte, und rückte dann zu seinem Ersatzkader nach Fehertemplon ein. Von dort kam er am 16. V. ins Garnisonsspital nach Temesvar auf meine Abteilung.

Pat. gibt an, sofort nach Erhalten des Stiches heiser geworden zu sein, denn als er nach Wiedererlangung seines Bewußtseins auf der Flucht in das benachbarte Haus um Hilfe rufen wollte, bemerkte er schon seine Stimmlosigkeit. Seit dieser Zeit klagt er auch über Schluckbeschwerden und häufige Atemnot. Bei längerem Sprechen, angeblich infolge der Atemnot und Anstrengung, wird er von Schwindel erfaßt und hat nachher durch längere Zeit Kopfschmerzen. Syphilis und Potus negiert.

Kehlkopfbefund: Stimme heiser, undeutliche Sprache. Kehlkopfschleimhaut normal. Das rechte Stimmband ist komplett gelähmt, das linke bewegt sich normal.

Status praesens: In der rechten Nackengegend, etwa 4 Querfinger breit hinter der rechten Ohrmuschel befindet sich eine $1^1/_2$ *cm* lange Narbe nach Stichwunde.

Nervenbefund: Pupillen rund, rechte Pupille verengt. Leichte Ptose des oberen Augenlides. Augenbewegungen frei. Die Empfindlichkeit der rechten Hornhaut ist beträchtlich herabgesetzt. Deutliche Herabsetzung der Hautsensibilität der rechten Schädelhälfte. Die Kaubewegungen sind rechts intakt. Der rechte Facialis weist keinen Unterschied in der Innervation gegenüber dem linken auf. Die rechte Zungenhälfte ist in allen Teilen gelähmt. Die Geschmacksempfindung fehlt in der ganzen Länge der rechten Zungenhälfte. Rechte Zungenhälfte deutlich atrophisch. Befund an den übrigen Hirnnerven negativ. Die Stimme heiser infolge kompletter Lähmung des rechten Stimmbandes. Sonstiger Nervenbefund normal.

Auf Grund dieses Befundes steht es außer Zweifel, daß durch den Messerstich die Nerven IX, X, XII und der Sympathicus durchtrennt wurden und daß diese Durchtrennung extrakraniell stattgefunden hat. Am knöchernen Schädel sind radiologisch keine Veränderungen nachzuweisen. Die Messerklinge ist im Nacken knapp unter dem Hinterhauptbein eingedrungen und hat ihre Richtung lateralwärts zum Foramen jugulare genommen. Zuerst müssen einige Zervikalnerven, besonders die oberflächlich verlaufenden, durchtrennt worden sein, denn die bedeutende Herabsetzung der Hautsensibilität im Bereiche der rechten Schädelhälfte gehört gemeinsam mit dem Trigeminus zum Innervationsgebiet des Zervikalplexus, speziell des N. occipitalis major. Hernach muß das Messer seine Richtung unter das Foramen jugulare genommen haben. Hier verlaufen der Sympathicus, der Vagus und Glossopharyngeus dicht nebeneinander und in dieser Gegend ist auch die Durchtrennung der Nerven zu lokalisieren. Die Verengung der rechten Pupille und die Ptose (Müllerscher Muskel) sprechen für die Sympathikusaffektion. Daß der Accessorius unbeschädigt blieb, kann durch seine Topographie an dieser Stelle erklärt werden. Denn er liegt zwischen diesen Nerven am meisten lateralwärts. Unerklärt bleibt im klinischen Bild die Herabsetzung des Cornealreflexes im rechten Auge. Würde man deshalb an eine zentrale Verletzung oder Blutung denken, so spricht der ganze klinische Verlauf gegen diese Lokalisation, denn außer den beschriebenen Symptomen bestanden und bestehen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch jetzt keine, die irgendwie auf eine zentrale Läsion schließen ließen. Da aber innerhalb von 4 Monaten eine so hochgradige Atrophie der Zunge eingetreten und die Anästhesie der Zunge eine so komplette ist, spricht dies ohne Zweifel für eine Schädigung im Gebiete des peripheren Neurons. Nun besteht nur eine Herabsetzung und keine Aufhebung des Cornealreflexes, was nicht ausnahmslos als pathologisch bezeichnet werden muß, da sich auch bei gesunden Menschen zuweilen Differenzen in den Cornealreflexen beider Seiten finden.

VIII. O. Beck: **Zerreißung des Sinus an 5 Stellen durch Splitterbruch des Warzenfortsatzes. Sinusthrombose, Entfernung einer Schrapnellkugel vom ersten Halswirbel.**

Der 23jährige Soldat wurde am 5. IX. 1917 durch eine Schrapnellkugel verletzt. Er gibt an, für kurze Zeit das Bewußtsein verloren zu haben und nach Wiedererlangung des Bewußtseins soll hinter dem Ohr eine sehr starke Blutung bestanden haben, die tamponiert wurde. Das Vormerkblatt aus dem Feldspital vom 6. IX. besagt: Schrapnellverletzung in der Gegend des linken Warzenfortsatzes. Mit einer Sonde läßt sich der Schußkanal bis tief in den Knochen verfolgen. Die Sonde stößt auf rauhen Knochen. Wahrscheinlich handelt es sich um die eröffneten Zellen des Warzenfortsatzes. Die Fistel (Einschußöffnung) eitert stark und es wäre eine breite Eröffnung des Warzenfortsatzes vorzunehmen. Das Trommelfell selbst ist bloß leicht gerötet. Auf beiden Ohren besteht vollständige Taubheit. Der Kranke wird am 12. IX. liegend ins Hinterland gebracht. 18. IX. Aufnahme auf meine Abteilung im Garnisonsspital in Brünn.

Befund: Etwas oberhalb der Spitze des linken Warzenfortsatzes ein fast kronengroßer, mit matschen Granulationen erfüllter Substanzverlust der Haut (Einschuß). Die Sonde kann gegen die Antrumgegend 5 *cm* tief, kleine Sequester tastend, eingeführt werden, ebenso läßt sich die Sonde gegen die mediale Fläche des Warzenfortsatzes 2 *cm* tief vorschieben; dabei entleert sich aus der Wunde dicker rahmiger Eiter. Die Granulationen bluten leicht. Haut über dem Warzenfortsatz ödematös, an der Ohrmuschel und am äußeren Gehörgang kein Zeichen eines Traumas. Obere Gehörgangswand am Übergang vom knorpeligen zum knöchernen Anteil deutlich gesenkt. Trommelfell gut übersehbar. Normaltemperatur 37,2°, Puls 84.

R. O.: Normal. Es besteht nur Schallempfindung.

L. O.: Trommelfell normal. Vollständige Taubheit für Sprache und Stimmgabeln. Vestibularapparat: Ziemlich kräftiger horizontaler Nystagmus bei Blick nach links. In den übrigen Blickrichtungen kein Nystagmus. Kein Romberg. Gang mit geschlossenen Augen etwas breitspurig, unsicher, ohne Bevorzugung einer bestimmten Abweichrichtung.

Zeigt mit beiden Armen spontan richtig.

R. O.: Kalorische Reaktion stark herabgesetzt. Zeigereaktion typisch.

L. O.: Bei Spülung mit 25grädigem Wasser nach 40 Sekunden typischer Nystagmus. Beide Arme zeigen typisch nach links vorbei.

Röntgenbefund: A. Projektilsplitter. Nebst zahlreichen kleinen Projektilsplittern, die in den Weichteilen der linken Gesichtshälfte sitzen, sind drei größere nachweisbar (siehe Fig. 1).

Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Projektilsplitter I: In der Oberlippe links.

Projektilsplitter II: Erbsengroß im mittleren Anteil der hinteren Schädelgrube.

Projektilsplitter III: In der Gegend zwischen der medialen Seite des linken Warzenfortsatzes und der Massa lateralis des ersten Halswirbels.

B. Skelettveränderungen: Während der rechte Warzenfortsatz sich auf der Platte deutlich abgrenzt, ist dies beim linken nicht der Fall. Derselbe ist schwer beschädigt und in zahlreiche Sequester umgewandelt. Andere Skelettveränderungen sind mit Sicherheit nicht nachweisbar.

Fraktur des Os occipitale an der Basis?

Fig. 1.

20. IX. I. Operation (Beck): Zirka 8 *cm* langer Hautschnitt durch die Fistel und ein auf diesen normal gerichteter 8 *cm* langer bis über das Ohrläppchen, um die untere Gehörgangswand und die darunter befindlichen Gebilde zur Darstellung zu bringen. Die unteren zwei Drittel des Warzenfortsatzes sind in eine, von weichen, leicht blutenden Granulationen und reichlichen Sequestern durchsetzte Masse umgewandelt. Ein Teil der Spitze hängt am M. sternocleido und ist stark disloziert. Nach rückwärts reicht die Splitterung bis in die Hinterhautschuppe. Nach vorsichtiger Entfernung der Sequester und Granulationen im Warzenfortsatz sieht man nach Freipräparierung des Sinus im Sinus selbst zwischen seinem oberen und unteren Knie, daß an zwei Stellen nahe dem oberen je ein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und an einer nahe dem unteren Knie drei kleinere spitze Sequester die Sinuswand perforiert und daß die darüber befindlichen Granulationen ihn tamponiert gehalten haben. Bei Entfernung der Sequester blutet der Sinus aus diesen Stellen. Obgleich diese Blutung relativ schwach ist und daher auf einen wandständigen Thrombus suspekt, wird von einer weiteren Eröffnung des Sinus inzwischen Abstand genommen, weil während einer zweitägigen Beobachtungszeit kein Fieber bestanden hatte und daher keine Indikation zu einem weiteren Vorgehen vorlag. Entfernung der zum größten Teile gesplitterten medialen Wand des Warzenfortsatzes. Von hier aus Freilegung des Warzenfortsatzes. Bei nach rückwärts und seitlich gelagertem Kopf wird vom Griffelfortsatz aus stumpf präparierend bis zur Schädelbasis eingegangen und der Lokalisation des Röntgenbildes entsprechend eine halbe, stark deformierte Schrapnellfüllkugel entfernt, die, der Massa lateralis des ersten Halswirbels anliegend, mit dem oberen Pol an die Pars basalis der Hinterhauptschuppe reicht, an welcher Stelle eine Frakturlinie deutlich zu sehen ist. Der Nervus facialis und hypoglossus wurde nicht verletzt. Tamponade des Sinus. Usuelle Wundversorgung. Situationsnähte. Verband.

21. IX. 7 Uhr früh 39,4°, Puls 90.

21. IX. 6 Uhr abends 37,2°, Puls 84.

22. IX. 5 Uhr früh 39,8°, Schüttelfrost.

22. IX. Operation (Beck): Freilegung des Blutleiters bis 1 *cm* oberhalb des oberen Knies, nach unten bis an den Bulbus. Die Punktion des Sinus spricht für Thrombose. Unterbindung der Vena jugularis int. und der Vena facialis communis. Das obere Jugularisende ist bluthältig. Incision des Sinus im freigelegten Stück. Excision der lateralen Sinuswand und Entfernung eines nicht vereiterten, aber nicht ganz frischen Thrombus vom oberen Knie. Tamponade. Das obere Sinusende gab Blutung im vollen Strahl. Tamponade. Verband. Weiterer Wundverlauf normal.

Ich habe mir den Fall deshalb vorzustellen resp. die Röntgenbilder zu demonstrieren erlaubt, weil bei den zahlreichen Kriegsverletzungen und jenen Traumen, die den Schädel durch direkte oder indirekte Gewalt treffen, Verletzungen des Sinus äußerst selten sind, trotzdem gewiß in einer großen Anzahl die Verletzungen solche Schädel treffen, bei denen die Sinuswand nur durch eine dünne Knochenschichte gedeckt ist. Im vorliegenden Fall muß das Projektil unterhalb des Sinus eingedrungen sein und hat auf seinem Wege gegen die Wirbelsäule zu den Warzenfortsatz zersplittert. 5 von den Splittern haben die Wand des Sinus perforiert und die darüber befindlichen Granulationen und Blutgerinnsel haben die Splitter wie Tampons festgehalten. Bei der Entfernung dieser Knochensplitter bestand eine nur geringe Blutung, die also schon auf das Vorhandensein eines wandständigen Thrombus suspekt war. Da aber während einer 2tägigen Beobachtungszeit kein Fieber bestand, lag auch kein Grund vor, sofort bei der ersten Operation die Sinusoperation vorzunehmen. Erst 2 Tage später trat Schüttelfrost und eine septische Zacke auf. Es bestünde daher die Möglichkeit, die postoperative Thrombose mit der Operation als solche in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Diese Annahme muß aber deshalb abgelehnt werden, weil der perforierte Sinus mit einer infizierten Wundhöhle in Kommunikation stand. Es ist zweifellos, daß auch ohne

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die erste Operation nach einiger Zeit sich die Zeichen einer Sepsis eingestellt hätten. Der Fall ist auch deshalb bemerkenswert, weil es geglückt ist, ohne jede Nervenverletzung vom Griffelfortsatz aus ein großes Stück einer Schrapnellkugel zu entfernen, die dem basalen Teil der Hinterhauptschuppe und dem ersten Halswirbel angelagert war,

IX. O. Beck: **Tuberkulöse Granulome an der Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube.**

Der 37jährige Infanterist war 5 Monate an der Front und wurde wegen Lungentuberkulose ins Hinterland gebracht, wo er mehrere Monate in einer Lungenheilstätte zubrachte. Vor 4 Monaten hat er eine Pleuritis überstanden. Er gibt an, seit 4 Jahren an Ohrenfluß zu leiden. Seit 14 Tagen sei der Ohrenfluß besonders stark geworden und es hätten sich Schmerzen am Warzenfortsatz eingestellt. Kopfschmerzen in der rechten Schädelhälfte, kein Schwindel. Seit 8 Tagen Temperatursteigerungen bis 38°, besonders des Abends.

Befund: L. O.: normal.

R. O.: Rahmiger Eiter im Gehörgang, starke Senkung der oberen Gehörgangswand. Totale Destruktion des Trommelfells. Caries der Gehörknöchelchen. Das Mittelohr mit Granulationen ausgefüllt.

Rechts komplette Taubheit. Kein Nystagmus. Kalorische Reaktion erhalten, aber herabgesetzt. Temperatur 38,2°.

Interner Befund: Abgeheilte Pleuritis. Beiderseits aktiver Spitzenprozeß, links mehr als rechts.

Operation: Ausführung der typischen Totalaufmeißelung. Der Knochen ist diffus und käsig erweicht und kann mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden, so daß das Meißeln nicht notwendig ist. Der erweichte Knochen reicht bis zur Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube. Die auf Fünfkronenstückgröße freigelegte Dura der mittleren Schädelgrube erscheint von einem zirka 4—5 *mm* dicken, weißgrauen Granulationspolster von höckeriger Oberfläche bedeckt. Nach Entfernung eines großen Teils der Schuppe zeigt die Dura auch an der lateralen Seite des Schläfelappens die gleichen Veränderungen, ebenso die Dura der hinteren Schädelgrube, jedoch in geringerer Intensität. Gesunde Dura kann nicht erreicht werden. Panse-Plastik. Wundversorgung.

Die zur Probeexcision von mehreren Stellen entnommenen Gewebsstücke zeigen, daß es sich um tuberkulöses Granulationsgewebe handelt.

Nach der Operation bestand reichliche Eiterung weiter. Während einer zweimonatlichen Beobachtungszeit bestand stets Temperatur bis 38°. Der Kranke wurde wieder in eine Lungenheilstätte gebracht.

Es handelt sich in diesem Fall um ein tuberkulöses Individuum, bei dem sich am Felsenbein ebenfalls histologisch festgestellte tuberkulöse Veränderungen finden. Im Eiter konnten keine Bacillen nachgewiesen werden. Selten ist der an der Dura erhobene Befund. Die Dura war mit einem dicken, tuberkulösen Granulationsgewebe überzogen. Wie weit dieses reichte, konnte durch die Operation nicht festgestellt werden. Es ist aber anzunehmen, daß sich die Duraveränderungen wahrscheinlich überall dort finden, wo das tuberkulös erkrankte Schläfenbein mit dieser in Kontakt ist. Merkwürdig ist auch, daß trotz dieses raumbeschränkenden intrakraniellen Prozesses der neurologische Befund negativ war.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ähnliche Befunde wurden schon vereinzelt beobachtet, ich kann aber jetzt auf die einschlägige Literatur nicht näher eingehen.

X. O. Beck: **Fraktur der Pyramide bei eitriger Mittelohrentzündung. Labyrinthoperation. Heilung.**

Der 25jährige Trainsoldat wurde vom Pferd abgeworfen und mit dem Schädel gegen die Mauer geschleudert. Er blieb 4 Stunden bewußtlos, blutete aus Ohr und Nase und wurde in das Marodenzimmer gebracht. Er bekam einen Eisbeutel auf den Kopf und Urotropin innerlich. Nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit bestand retrograde Amnesie. Unter Einhaltung strengster Ruhe verblieb der Kranke im Marodenzimmer, wo sich Zeichen einer Meningitis einstellten. Außerdem bestand eine Facialisparese in allen 3 Ästen. Wegen der Blutgerinnsel im Gehörgang wurde ich consiliariter gerufen, transferierte den Kranken auf meine Abteilung und konnte folgenden Befund erheben.

Befund (am 4. Tag nach der Verletzung): Der rechte äußere Gehörgang war mit Blutkoagula erfüllt, die mit der Sonde entfernt wurden. Nach exakter Reinigung des Gehörgangs sah man eine große Perforation im Trommelfell; es war nur der äußerste Trommelfellring vorhanden. Hammergriff kariös; reichliche Granulationen im Mittelohr. Starke Gefäßinjektion über und hinter der lateralen Attikwand, die mit der mechanischen Reinigung und mit einem eventuellen Druck auf die Troeltschen Gefäße nicht in Zusammenhang gebracht werden konnte. Im Mittelohr eingetrocknetes Blut, zum Teil an der Labyrinthwand fest anhaftend. Sonst am äußeren Gehörgang und an der Ohrmuschel keine Zeichen eines Traumas.

Linkes Ohr normal.

Rechts (mit Lärmapparat geprüft): Komplette Taubheit.

Facialislähmung in allen 3 Ästen. — Von einer kalorischen Spülung wird natürlich abgesehen. Ein Fönapparat war nicht zur Verfügung. Subjektive Klagen über starke Kopfschmerzen, die nicht lokalisiert werden können. Ohrensausen und Schwindelgefühl nach rechts. Der Kranke liegt im Bett und vermeidet jede Kopfbewegung, die das Schwindelgefühl noch vergrößert. Es besteht Brechreiz, auch bei leerem Magen. — Spontaner, sehr kräftiger rotatorisch-horizontaler Nystagmus nach links in allen 3 Blickrichtungen.

Allgemeinstatus: Schädel diffus klopfempfindlich. Halswirbelsäule bei geringem Druck sehr schmerzhaft. Pupillen normal reagierend. Außer dem Nystagmus und der Facialisparese Befund an den Hirnnerven ohne Besonderheit. Bauchdeckenreflexe rechts etwas erhöht. Cremasterreflex vorhanden, beiderseits gleich. P. S. R. beiderseits vorhanden, vielleicht links etwas stärker. A. S. R. beiderseits vorhanden, vielleicht links etwas stärker als rechts. Kein Klonus, kein Babinski, deutlicher Kernig. Puls 64, Temperatur 37,3°. Lumbalpunktion (liegend) in allen 3 Portionen klar. Eine cytologische Untersuchung konnte aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden.

Operation (Beck): Ausführung der typischen Totalaufmeißelung. Die obere Gehörgangswand ist frakturiert. Die Frakturlinie setzt sich auf das Tegmen tympani et antri fort. Freilegung der Dura der mittleren Schädelgrube auf Kronengröße; sie erscheint normal. Im Mittelohr Granulationen, nach deren Entfernung an der Cochlearwand gegen den lateralen Bogengang zu eine Dehiszenz deutlich zu erkennen ist. Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

führung der Labyrinthoperation nach Neumann, wobei bis zum inneren Gehörgang vorgegangen wird; ziemlich reichlicher Liquorabfluß. Dura der hinteren Schädelgrube und Sinus normal. Die Dura erscheint gespannt. Panse-Plastik. Die Wunde wird breit offen gelassen. Verband.

In den nächsten 3 Tagen besteht noch Liquorabfluß. 2 Tage nach der Operation Puls 72; vom 3. Tag an 84. Nachlassen der meningealen Erscheinungen, die am 8. Tag nach der Operation verschwinden.

Es handelte sich bei diesem Kranken um einen Bruch der Pyramide, der durch das Mittelohr gegangen ist und das typische Bild der akuten Labyrinthausschaltung geboten hat. Von einer kalorischen Prüfung wurde auch während der Operation Abstand genommen, da die Gefahr einer Propagierung der Infektion bestand, doch sprach der kräftige spontane Nystagmus im Verein mit der Taubheit und der Facialparese und der Frakturlinie an der Cochlea ohne Zweifel dafür, daß das statische Labyrinth ausgeschaltet und die Labyrinthoperation indiziert war. Die große Perforation des Trommelfells und die Caries des Hammergriffs, die Granulationen an der Labyrinthwand stellten eine chronische Mittelohreiterung außer Frage. Dies war auch der Grund, weshalb ich mich bei der vorhandenen Schädelbasisfraktur zur sofortigen Operation entschloß. Wir stehen ja auf dem Standpunkt, daß bei Basisfrakturen, die durch ein eiterndes Mittelohr ziehen, ein sofortiges operatives Eingreifen dringend indiziert ist, wofür dieser Fall einen weiteren Beleg bildet. Mit der Radikaloperation allein wäre in diesem Falle wohl nicht viel erreicht worden. — Die Steigerung der Pulszahl, das Nachlassen der meningealen Erscheinungen muß mit der Operation in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. Ich erlaube mir noch, daran zu erinnern, daß ich in der Februarsitzung 1915 über 4 Fälle von Schußfraktur der Schädelbasis bei eitrigem Mittelohr berichtet habe, die trotz vorhandener Zeichen eines starken Meningismus und zum Teil auch pachymeningitisch veränderter Dura durch die Operation der Heilung zugeführt wurden.

XI. Hans Brunner (als Gast): **Ein Fall von Ponstuberkel.**

Ich erlaube mir, die Präparate des Falles zu demonstrieren, von dem ich in der letzten Sitzung berichtet habe. Zunächst sei es mir aber gestattet, in aller Kürze die Krankengeschichte sowie die an meinen Fall geknüpften theoretischen Erörterungen zu rekapitulieren. Ich habe versucht darzulegen, daß die beiden Komponenten des vestibulären Nystagmus vom Großhirn unabhängig sind, was ja für die langsame Komponente schon lange allgemein anerkannt war. Die weitere Frage, wieso die langsame Komponente zustande kommt, habe ich nach Ausschluß ihrer muskulären oder labyrinthären Genese in folgender Weise zu beantworten gesucht: Wenn vom rechten Labyrinth ein Reiz ausgeht, so pflanzt sich dieser längs des rechten Nervus vestibularis zu den Vestibulariskernen fort. Von hier gehen Bogenfasern zum hinteren Längsbündel und so zu den Augenmuskelkernen, wodurch es zur Innervation des linken M. rectus externus und rechten M. rectus internus, also zum Blicke nach links kommt; durch die Kontraktion der betroffenen Muskeln kommt es zur Reizung der in ihnen enthaltenen sensiblen Endkörperchen und dieser pflanzt sich nun längs der von Tozer und Sherrington entdeckten, in den Augenmuskelnerven verlaufenden afferenten Fasern in den Hirnstamm fort und gelangt so in das Gebiet der Augenmuskelkerne. Hier erzeugt er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nun eine Kontraktion des M. rectus externus dexter und des M. rectus internus sinister, also den Blick nach rechts oder die rasche Komponente des vestibulären Nystagmus. Es stellt sich also der Mechanismus des vestibulären Nystagmus als eine Verknüpfung zweier Reflexe dar, ein Mechanismus, der auch im Gebiete spinaler Reflexe anzutreffen ist.

Auf Grund dieser Auffassung des vestibulären Nystagmus habe ich nun die Veränderungen erwogen, die zentrale Herde an dem Nystagmus setzen können: es kann 1. ein zentraler Herd den Nystagmus überhaupt nicht beeinflussen. Dann liegt der Herd oberhalb der für den Nystagmus bestimmten Reflexbogen, also meist in der Rinde oder in der inneren Kapsel, dann kann aber der Herd auch nicht so groß sein, daß er auf den Vorhofsnerven drückt und so den Nystagmus beeinflußt; es kann 2. zu einer qualitativen Veränderung des Nystagmus kommen, meist zum Ausfall der raschen Komponente. Dann sitzt der Herd in der Umgebung der vestibulären Reflexbogen, schädigt sie auch, sei es, daß er auf die Fasern drückt, sei es, daß entzündliche Herde sich auf die betreffenden Faserbahnen erstrecken, ohne aber die Reflexbogen direkt zu unterbrechen; es kann 3. der vestibuläre Nystagmus überhaupt fehlen, dann sind die Reflexbogen an einer Stelle unterbrochen. Solch einen Fall habe ich zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Es handelt sich um einen 20jährigen Infanteristen, der von der albanischen Front wegen Malaria zurückgekehrt war. Im Dezember bemerkte er zuerst, daß das linke Auge sich nicht nach rechts bewege. Bald darauf konnte er auch das rechte Auge nicht nach rechts bewegen.

Im Jänner fand man eine Blicklähmung nach rechts und eine Déviation conjuguée nach links. Dieses Verhalten blieb bis zum Schlusse unverändert, nur ließ sich in der späteren Zeit das linke Auge willkürlich und durch den Konvergenzimpuls bis zur Mitte der Lidspalte bewegen. Von keiner Seite ließ sich vestibulärer Nystagmus erzeugen. Überdies bestand eine leichte linksseitige Schwerhörigkeit. Auf Grund dieser sowie anderer neurologischer Symptome wurde ein Ponstuberkel diagnostiziert, welcher die rechte Haube einnahm und zum Teil über die Mittellinie reichte. Diese Diagnose wurde durch die Obduktion sowie die mikroskopische Untersuchung des Hirnstammes bestätigt. Der Tuberkel hatte die von den rechtsseitigen Vestibularis kommenden Bogenfasern zum hinteren Längsbündel und letzteres selbst auf der rechten Seite zerstört sowie das hintere Längsbündel auf der linken Seite geschädigt. (S. Arb. a. d. neurol. Inst. Wien. 22. H. 2.)

XII. Otto Mayer: **Histologische Präparate und Abbildungen der Herderkrankung der Labyrinthkapsel (Otosklerose, Osteofibromatose).**[1])

Es wird demonstriert, daß der alte Knochen der Labyrinthkapsel am Rande des Herdes durch Osteoklasten lakunär resorbiert wird, worauf sofort wieder neuer Knochen gebildet wird. Dieser neue Knochen wird im Bindegewebe als geflechtartiger Knochen gebildet. Der geflechtartige, unreife Knochen wird wieder abgebaut und durch reiferen Übergangsknochen ersetzt. Das Primäre ist nicht, wie Manasse behauptete, die Knochenneubildung, sondern die Bindegewebsneubildung.

[1]) Bezüglich der genaueren Vorgänge sei auf die Abhandlung „Untersuchungen über die Otosklerose", Wien, Hölder 1917, verwiesen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion.

G. Alexander: Nach dem ganzen scheint mir doch, daß die demonstrierten Befunde in manchen Einzelheiten von den gewöhnlichen grundsätzlich abweichen. Ich würde glauben, daß nach diesen Präparaten sich zeigt, daß wir schon jetzt imstande sind, verschiedene Arten von Otosklerose zu unterscheiden. Klinisch sind mir schon längst verschiedene Typen bekannt. Ich möchte Herrn Mayer fragen, in wie vielen Prozent der Fälle er die großen bindegewebigen Areale gefunden hat.

Mayer: Nur noch in einem zweiten Falle.

Politzer: Nachdem die Ansicht ausgesprochen wurde, daß beim alten Knochen Resorption, beim neuen Knochen Apposition erfolge, wäre das nur eine verschiedenartige Auffassung des Satzes „der alte Knochen wird vom neuen verdrängt".

Mayer: Es handelt sich darum, wie der Knochen verdrängt wird.

Politzer: Es ist das nur eine Änderung der Ausdrücke.

Mayer (Schlußwort): Die Präparate dieses Falles wurden deshalb zur Demonstration gewählt, weil hier die Vorgänge wegen der Größe der Markräume überaus deutlich zu sehen sind. Hat man sich diese Vorgänge einmal klar gemacht, so ist es ein leichtes, sich bei allen übrigen Fällen zu orientieren; denn die Vorgänge sind, wie ich mich überzeugt habe, überall dieselben, wenn sie auch nicht gleich intensiv sind. Es wird dies an anderen Präparaten gelegentlich gezeigt werden. Bei der Beurteilung der histologischen Bilder der einzelnen Fälle muß man sich darüber klar sein, daß der Prozeß jahrzehntelang stationär bleiben kann und nur periodisch progressiv wird. In welchem Stadium man den Fall zur histologischen Untersuchung bekommt, ist natürlich Zufall.

Die Knochenneubildung in den Gefäßkanälen und die von den Herden ausgehenden zapfenartigen Fortsätze entstehen ebenfalls durch Knochenneubildung nach vorheriger Resorption.

XIII. F. Alt: **Pfählung des rechten Ohres.**

F. Alt demonstriert einen 36jährigen Eisenbahner, der beim Sturz von einer Leiter auf einen Holzpflock auffiel, der ihm in der rechten Submaxillargegend eindrang und hinter dem rechten Ohre hervorkam. Zur Zeit der Aufnahme in das Krankenhaus bestand eine vollkommene Facialislähmung und Ohreiterung rechts. Die konservative Behandlung der Ohreiterung führte durch Wochen zu keinem Resultate, da immer neue Granulationen im Gehörgang aufschossen. Erst die breite operative Freilegung ergab, daß die Granulationen eingedrungene Holzsplitter umgaben. Nach der Operation sistierte die Eiterung rasch. Einem späteren Zeitpunkt bleibt eine Facialis-Hypoglossuspfropfung zur Behebung der Facialislähmung vorbehalten.

Aus den Sitzungen polnischer ärztlicher Vereine der Jahre 1914 bis 1916.

A. Warschauer ärztlicher Verein.

Flatau: **Über die Durchspülungsmethode der submeningealen Räume des Zentralnervensystems.** Flatau hat seine Experimente fast

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausschließlich an Hunden ausgeführt. In der ersten Untersuchungsserie hat er nach vorausgeschickter Laminektomie und Schädeltrepanation eine gefärbte Flüssigkeit in den Meningealsack eingespritzt. Nach 2—3 Sekunden wölbte sich das Gehirn in die Trepanationsöffnung vor und erst nach 15—25 Minuten erhielt man eine Färbung der aus der Trepanationsöffnung sich entleerenden Flüssigkeit. Die Obduktion ergab eine Färbung des ganzen Rückenmarks, der Gehirnbasis, der Fossa Sylvii, von Teilen des Stirnlappens und der unteren cerebellaren Oberfläche; hingegen blieben sämtliche Kammern ungefärbt, während die cerebralen Hemisphären eine schwache Färbung aufwiesen. In einer zweiten Serie wurde neben der Laminektomie die Basis des Gehirns in der Gegend der Brücke bloßgelegt. Nach 2—3 Sekunden war eine Färbung der Oberfläche der Brücke sichtbar, also in derselben Zeit, in welcher die Vorwölbung des Gehirns aufzutreten pflegte. In einer dritten Serie wurde neben der Schädeltrepanation der Wirbelsäulenkanal in verschiedener Höhe eröffnet und die gefärbte Flüssigkeit durch die Trepanationsöffnung in eine Seitenkammer eingespritzt. Die Gehirnoberfläche färbte sich fast sofort, während das Rückenmark sich in der Halsöffnung erst nach 10 Minuten färbte. Die Obduktion ergab Färbung sämtlicher Hirnkammern, der äußeren Oberfläche und der Basis des Gehirns, der Kleinhirnoberfläche und des Zentralkanals des Rückenmarks im Hals- und im oberen Rückenteil; hingegen war das Rückenmark nur in den oberen Halsabschnitten gefärbt. — Diese Experimente beweisen, daß man auf dem Wege des Lendenstiches Durchspülungen der submeningealen Räume des Zentralnervensystems vornehmen kann, ohne zu komplizierten und eingreifenden chirurgischen Eingriffen seine Zuflucht zu nehmen. Diese Methode kann die Methode der „lumbalen Durchspülung" genannt werden.

Nach Ausführung seiner Experimente schritt F l a t a u zur Anwendung dieser Methode bei epidemischer Meningitis. Nach ausführlicher Besprechung des verschiedenen Verlaufes dieser Krankheit fordert er zur ständigen Kontrollierung der Cerebrospinalflüssigkeit in cytologischer und in bakteriologischer Beziehung auf, da Besserungen oft täuschend sein können. Die Behandlung, wie sie F l a t a u gegenwärtig anwendet, beruht auf folgenden Eingriffen: 1. tägliche oder fast tägliche Lumbalpunktion, wobei eine Besserung erst dann als dauerhaft betrachtet wird, wenn die Flüssigkeit wenigstens durch eine Woche durchsichtig geblieben ist und die cytologische Formel deutlich lymphocytös wird (die Zahl der Lymphocyten unter 100); 2. die Flüssigkeit soll oft cyto- und bakteriologisch untersucht und, wenn Meningokokken oder Pneumokokken sich finden, Serum angewendet werden; 3. wenn eine deutliche eitrige Flüssigkeit gefunden wird, soll die „Lendendurchspülung" angewendet werden. (Genaue Beschreibung dieses Eingriffes bei einem Kinde.) Außerdem werden oft subcutane Infusionen (bei Kollaps) ausgeführt.

F l a t a u hat oft bemerkt, daß nach der Anwendung von Serum keine Cerebrospinalflüssigkeit abfließt. Sobald die Temperatur nicht sinkt, soll die Injektion des zur Hälfte mit physiologischer Salzlösung gemischten Serums erneuert und sehr langsam ausgeführt werden. Durch Beobachtung dieser therapeutischen Indikationen kann die Mortalität der Nackenstarre a d m i n i m u m herabgesetzt werden, wie dies die Statistik des Redners beweist. Die Behandlung schwerer Komplikationen (Hydrocephalus, Taub-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heit usw.) kann nur eine chirurgische sein. Es ist nicht ausgeschlossen, daß eine tägliche Punktion der Bildung von Hydrocephalus in einem gewissen Grade entgegenwirkt.

Diskussion.

Krynski betont, daß die erwähnten Resultate mit den Ansichten der Chirurgen übereinstimmen. Er führt die vier von Murphy angegebenen Eingriffe an: den oft wiederholten Lendenstich, die kontinuierliche Drainage der submeningealen Räume nach ausgeführter Laminektomie, die Trepanation des Hinterhauptes behufs Drainage der submeningealen Räume des Gehirns und der Ventrikel, die Trepanation der Scheitelbeine behufs Drainage der Seitenkammern. Diese Eingriffe müssen oft kombiniert angewendet werden. Der bloße Lendenstich, selbst in Verbindung mit der Durchspülung mit einer entsprechenden Flüssigkeit genügt nicht immer, um sämtliche Infektionsherde der therapeutischen Einwirkung zugänglich zu machen. Das Nichtabfließen von Cerebrospinalflüssigkeit nach dem Lendenstich hängt größtenteils von der Operationstechnik ab. Krynski erachtet submeningeale Einspritzung ohne vorausgegangene Entziehung einer entsprechenden Menge der Cerebrospinalflüssigkeit als unzulässig. Die vom Vorredner in klinischen Fällen erreichten günstigen Erfolge bilden einen interessanten Beitrag und muntern zur häufigeren Anwendung dieser Methode auch bei uns auf, welche besonders in Amerika immer mehr das Bürgerrecht in der Therapie gewinnt.

Muttermilch betont, daß die Mortalität der Genickstarre seit der Einführung von Serum in den Wirbelkanal abgenommen hat; die vom Vorredner angewandte vorausgehende Durchspülung betrachtet er als einen großen Fortschritt.

Kramsztyk erinnert, daß im Jahre 1885 die Mortalität an Genickstarre 40—50% nicht überschritten hat, obgleich weder Serum noch Durchspülung angewendet wurden; nicht alle Fälle der eitrigen Entzündung sind letal; die Methode von Flatau ist in der Praxis wegen der Kosten und der Schwierigkeiten fast unmöglich durchzuführen; Kramsztyk vermutet, daß man durch Seruminjektion auch ohne Durchspülung gute Resultate erhalten kann.

Gajkiewicz hebt hervor, daß in die Lendengegend eingespritzte Flüssigkeit nicht in die Kammern gelangt, wohl aber solche von den Kammern in die Lendengegend und erörtert die Frage der Abhängigkeit des Hydrocephalus von Meningitis.

Higier behauptet, daß behufs Erlangung überzeugender Resultate der besprochenen Behandlungsmethode vergleichende Untersuchungen an ähnlichen Kranken während einer und derselben Epidemie ausgeführt werden sollten. Die Bösartigkeit der Genickstarre geht nicht immer Hand in Hand mit dem eitrigen Charakter der Flüssigkeit. Die Gegenwart gefärbter Flüssigkeit in den Meningen der Varolsbrücke schon einige Sekunden nach Einführung derselben in den Lendensack beweist, daß diese Flüssigkeit auf mechanischem Wege dahin gelangt. Der Umstand, daß die Flüssigkeit aus dem submeningealen Sack nicht in die Kammern gelangt, spricht dafür, daß die sub- und intermeningeale Flüssigkeit lymphatisch ist und eine andere Herkunft hat als die intraventrikuläre Flüssigkeit, welche auf dem Wege der inneren Drüsensekretion des die Kammern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auskleidenden Plexus entsteht. Eine Reizung dieses Plexus verursacht einen sekundären Hydrocephalus in der Genickstarre.

Kopczynski führt zwei eigene, glücklich verlaufene Fälle dieser Krankheit an. Man muß mit dem sogenannten Genius epidemicus, mit der Bösartigkeit des Keimes, rechnen. Der Grad der Trübung der Cerebrospinalflüssigkeit steht nicht im geraden Verhältnis zur Intensität des Krankheitsprozesses. Die Ausführung einer täglichen Lendenpunktion besonders bei Kindern erachtet er nicht als einen gleichgültigen Eingriff. Was das Nichtabfließen der Flüssigkeit betrifft, spielt dabei das injizierte Serum keine Rolle.

Rzetkowski bestätigt die günstigen Resultate des auf exakte experimentelle Grundlagen sich stützenden Vortr.

Flatau erwidert, die Tatsache des Nichtabfließens der Flüssigkeit in manchen Fällen von Genickstarre nach Einspritzung von Serum unterliegt keinem Zweifel. Die Kranken vertragen eine neuerliche Seruminjektion auch ohne vorherige Entziehung von Cerebrospinalflüssigkeit. Die Methode der lumbalen Durchspülung wendet er selbständig an und vermeidet meistens die gleichzeitige Anwendung zweier Eingriffe. In entzündlichen Zuständen der Meningen vertragen die Kranken Lendenpunktionen gut.

Krynski: **Über die operative Behandlung eitriger Cerebrospinalmeningitis.** Jede der vier von Murphy angegebenen Operationsmethoden: Punctio lumbalis, Laminectomia, Trepanatio transoccipitalis und Trepanatio transparietalis wird mit nachfolgender Durchspülung der submeningealen Räume resp. der Kammern mit entsprechenden Flüssigkeiten verbunden. Krynski hat zweimal Laminektomie, Borsuk hat mit günstigem Erfolg wiederholte Lendenpunktion angewendet. Flatau hat Fälle besprochen, an denen er mit günstigem Erfolg die Lumbalpunktion und Durchspülung der submeningealen Räume mit physiologischer Salzlösung angewendet hat.

Heiman: **Der gegenwärtige Stand der Wissenschaft über die Funktion des 8. Nervenpaares.** Der Hörnerv wird deshalb das 8. Nervenpaar genannt, weil er sich aus zwei gesonderten Stämmen zusammensetzt, von denen jeder eine andere Bestimmung hat. Einer dieser Stämme, der Schneckennerv, ist der eigentliche Hörnerv, der andere ist der Nerv für das Körpergleichgewicht. Der Mechanismus des Hörens ist bis jetzt nicht endgültig aufgeklärt. Heiman führt verschiedene Theorien des Hörens an und kommt zu dem Schluß, daß in den Elementen der Hörpapille die Härchen in einer gewissen Form, Stärke und Periodizität verzogen werden, je nach der Form, der Stärke und der Periodizität des Schalles. Die Erregung wird auf die Nervenzelle des Cortischen Organs übertragen und hier beginnt der akustische Eindruck. Von hier geht die Erregung von Neuron zu Neuron, in jedem derselben etwas anderes zurücklassend, als sie von dem vorhergehenden Neuron erhalten hat, bis sie die zahlreichen Elemente der Gehirnrinde in Form des Gehöreindruckes erreicht hat. Da die Kerne des Schneckennerven in engerem Zusammenhang mit den sensiblen und motorischen Kernen des Trigeminus sind, reagiert bei gewissen Personen jeder dieser Nerven reflektorisch auf den anderen. Hyperästhesie der Sinne führt zu dem sogenannten Farbenhören. Nach Exstirpation der Hörsphäre bei Tieren oder nach pathologischer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zerstörung derselben bei Menschen entsteht Seelentaubheit. Verlust der Sinnessphären bei Hunden bewirkt definitive Taubheit und periphere Blindheit. Die Hörsphäre einer Seite ist in engem Zusammenhang mit jener der anderen Seite. Für musikalische Töne besteht ein besonderes Zentrum im Gehirn.

Die Funktion des Labyrinths ist trotz sehr zahlreicher Arbeiten bis jetzt nicht endgültig aufgeklärt. Heiman führt die Ansichten verschiedener Autoren über diesen Gegenstand an. Der Vestibularapparat ist mit anderen zentralen Nerven zur Erhaltung des Tonus bestimmt, was eine unentbehrliche Bedingung zur Erhaltung des Körpergleichgewichtes bildet. Erkrankungen dieser Gegend bewirken oft Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus und Schwindel; doch kommen Gleichgewichtsstörungen und Schwindel auch ohne Nystagmus vor. Schwindel pflegt außer labyrinthärer und intrakranieller auch optischer, neurasthenischer, hysterischer Herkunft zu sein. Schwindelanfälle stellen bei Störungen in den Zirkulationsorganen durch Überarbeitung verursachte Anfälle von Schwäche dar und sind von funktionellen Störungen des Gehirns abhängig. Heiman führt die Ansichten verschiedener Autoren über den Vestibularapparat an. Die Funktion des Kleinhirns wird hauptsächlich durch Impulse des Labyrinthes angeregt und gehemmt; sie ist es auch, die die Muskelspannung hauptsächlich unterhält. Schließlich bespricht Heiman den Bárányschen Symptomenkomplex.

Diskussion.

Higier weist auf die zahlreichen Mängel, Fehler und Unklarheiten des Vortrages hin, erörtert die physiologischen Verhältnisse des Schnecken- und des Vorhofnerven zum Kleinhirn und zum Rückenmark vom embryologischen und vergleichend-anatomischen Standpunkt aus, analysiert näher den Standpunkt der prinzipiellen Symptome (Nystagmus, Schwindel) zu dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft über Gleichgewicht, Koordination und Muskelspannung und bespricht die grundsätzlichen Unterschiede zwischen dem, was allgemein mit „psychomotorischen Zentren der Hirnrinde" bezeichnet zu werden pflegt und den frisch entdeckten leitenden Zentren des Kleinhirns und seines Wurmes.

Kopczynski ergreift das Wort zu den zentralen Endigungen des Hörnerven und beruft sich auf einen eigenen Fall reiner sensorischer Aphasie.

Higier stellt einen **Fall vollständiger motorischer Aphasie und Alexie** motorischen Ursprungs vor, die gegen einen Monat gedauert hat und auf dem Wege konservativer Behandlung ausgeheilt worden ist.

B. Aus den Sitzungen des Warschauer oto-laryngologischen Vereins.

Guranowski trägt vor über: **Lebensversicherungen und Erkrankungen des Gehörorgans.** (Referat.)

Diskussion.

Ciaglinski betont, daß das vom Vortr. berührte Thema eine eingehende Diskussion verdient, da es in der Praxis viele Schwierigkeiten darbietet. Vor der Arbeit von Tröltsch waren die Ohren bei der Asse-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kuration ganz außer Betracht, später haben die Assekuranzgesellschaften eine vielleicht zu vorsichtige Stellung eingenommen. Wenn in der Großstadt etwaige den Zustand der Ohren betreffende Zweifel sich durch Zuziehung eines Spezialisten noch entscheiden lassen, muß der Arzt in der Provinz nolens volens sämtliche derartige Fälle abweisen. Äußere Zeichen, wie Eiterfluß, können nicht immer maßgebend sein, da ja Fälle mit offener Eiterung manchmal weniger schädlich sind als solche mit versteckter. Nach Ciaglinski ist jede Eiterung, wenn sie sich nicht in kurzer Zeit beseitigen läßt, als ein Hindernis für die Versicherung anzusehen.

Szwejcer ist ebenfalls der Ansicht, daß das Verhältnis der Versicherung zu Ohrenkranken einer gründlichen Kontrolle bedarf, ebenso wie zu einer ganzen Reihe anderer Krankheiten, die von den Versicherungsgesellschaften oft zum Schaden des Klienten und der Gesellschaften nicht wissenschaftlich behandelt werden. Man könnte in Bezug auf Ohrenkrankheiten gewisse Schlüsse ziehen, wenn wir eine genaue Statistik der Mortalität dieser Krankheiten besitzen würden. In der Praxis soll der Versicherungsarzt, insofern er den Zustand des Gehörorgans nicht selbst bestimmen kann, immer den Rat eines Spezialisten einholen, gleichviel ob äußere Erscheinungen vorhanden sind oder nicht.

Lubliner stimmt mit Guranowski darin überein, daß man auf die Spitalsstatistik keine Schlüsse stützen kann, da sie zu Ungunsten der Versicherung ausfallen würden. Die Frage der Ohreiterung und ihrer eventuellen Beseitigung ist in praktischer Beziehung sehr wichtig. Kranke nach der Radikaloperation können sich zur Versicherung eignen, wenn die Paukenhöhle und der Attik vollständig mit Epidermis ausgekleidet sind. Lubliner schlägt eine Enquete unter den Ohrenärzten vor behufs Feststellung einer Statistik der Heilung und der Sterblichkeit bei Ohrenkrankheiten.

Rzetkowski stimmt mit den Vorredern darin überein, daß das Verhältnis der Ohrenkrankheiten zur Assekuranz einer eingehenden Reform bedarf. Die Schemata der Gesellschaften sind fehlerhaft. Der Versicherungsarzt soll, insofern er nicht in der Otologie bewandert ist, absolut nicht entscheiden. Rzetkowski erachtet grundsätzlich, daß eine Ohreiterung eine für die Versicherung unerwünschte Erscheinung bildet und einem Revolver mit gespanntem Hahn gleicht, der jeden Augenblick losgehen kann. Der Aufenthalt des Pat. in einer großen Stadt oder seine Intelligenz, wenn sie auch eine große Rolle in Bezug auf die Sicherheit seines Lebens bilden, beseitigen jedoch durchaus nicht jede Gefahr, da die schwersten Komplikationen gewöhnlich plötzlich auftreten. Die Frage der Erhöhung der Versicherungsprämien für Ohrenkranke wäre berechtigt, jedoch nur auf Grundlage einer besonderen Statistik, die wir heute nicht besitzen.

Srebrny betont, daß von Ohrenkrankheiten die größte Aufmerksamkeit bei Versicherungen Eiterungsprozesse beanspruchen. Diese Affektion ist unbedingt von großer Bedeutung und selbst der Spezialarzt ist nicht immer in der Lage, über ihre Schädlichkeit oder Unschädlichkeit mit Sicherheit zu entscheiden. Maßgebend für die Prognose, woran dem Assekuranzarzte am meisten gelegen sein muß, könnte eine genaue Statistik sein. Seit der Einführung der Radikaloperation hat sich die Prognose unbedingt besser gestaltet.

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

C. Aus den Sitzungen der klinischen Spitäler in Warschau.

Schmurlo stellt eine Pat. vor, die er wegen 1. eines **Abscesses im äußeren Gehörgang** und 2. **Cholesteatommassen im inneren Ohr** operiert hat. Postoperativer Verlauf glücklich. Während der Luftdusche deutlicher Nystagmus (Zerstörung eines der Bogengänge).

Kalinowski stellt eine Pat. vor, bei der ein **Melanosarkom der rechten Ohrmuschel** konstatiert und radikal operiert wurde. Das beigefügte histologische Präparat weist typischen Bau von Melanosarkom auf.

Sobocinski stellt einen jungen Burschen vor, bei dem vor einem Jahre gelegentlich einer Operation von vereiterten, mit der Parotis in einer narbigen Masse verschmolzenen Lymphdrüsen der linken Unterkieferwinkelgegend ein **Stück des Facialis exzidiert werden mußte,** das in dieser Masse eingebettet war. Gleich darauf Lähmung der linken Gesichtshälfte. Als der Pat. sich nach einem Jahr wegen eiternder Fisteln in der zurückgebliebenen Narbe wieder im Spital vorstellte, waren die Lähmungserscheinungen fast vollständig verschwunden. Es war also eine Regeneration (resp. ein spontanes Verwachsen) der durchschnittenen Nervenfasern erfolgt.

Spira.

Bücherbesprechungen.

Wiener Medizinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch für praktische Ärzte. 1919. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien.

Der vorliegende „Kalender" mußte infolge der Kriegsverhältnisse insofern eine Änderung erfahren, als durch die Unmöglichkeit, das in früheren Jahrgängen verwendete dünne Papier aufzutreiben, der äußere Umfang des Taschenbuches bei Beibehaltung des vollen, bisher üblichen Inhaltes ein allzugroßer geworden wäre, weshalb, um das Buch nicht unhandlich zu gestalten, einzelne Kapitel entfielen; so die kurze Symptomatologie und Therapie der wichtigsten akuten Intoxikationen, die Kosmetik, die Arzneiformeln der österreichischen Mil.-Pharmakopoe, die therapeutische Technik, die ärztliche Standesordnung, die gerichtsärztlichen Gebühren und die Abkürzungen der Zeitschriften. Alle übrigen wichtigeren Kapitel sind vollinhaltlich geblieben, die entfallenen können im letzten Jahrgang nachgesehen werden, was um so leichter ist, da bei der Reichhaltigkeit des Inhaltes der Kalender ohnedies seine ständigen Abnehmer hat. Leider fehlen heuer die Hülsen, die zur Aufnahme eines Bleistiftes bestimmt sind. Da der „Kalender" doch auch für die täglichen Vormerkungen dient, ein Bleistift daher stets zur Hand sein sollte, wäre die Wiederaufnahme dieser Hülsen sehr erwünscht. — Der Kalender kann allen Ärzten auf das Wärmste empfohlen werden.

Ernst v. Urbantschitsch.

Referate.

I. Allgemeines.

Über psychogene Hörstörungen im Kriege. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Paul Manasse, Straßburg i. E. (M. Kl. 14. Nr. 26.)

Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen und Beobachtungen zu folgenden Schlußsätzen: 1. Schwerhörigkeiten oder Taubheiten nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

starken Schalleindrücken oder Luftdruckschwankungen, besonders nach Granateinschlag oder Verschüttung, sind, sei es, daß das Trommelfell intakt oder perforiert ist, zum größten Teil als psychogen anzusehen. Auch andere Ursachen, Erkältung, Schreck usw., können dieses Krankheitsbild hervorrufen. — 2. Besonders betroffen werden von dieser psychogenen Schwerhörigkeit Leute mit alten Ohrerkrankungen. — 3. In gleicher Weise zeigt ein großer Teil von Kopftraumen, Schuß, Schlag, Sturz usw. eine starke psychogene Komponente. — 4. Alle diese psychogenen Hörstörungen sind, selbst wenn sie jahrelang bestehen, durch geeignete suggestive Behandlung heilbar oder stark besserungsfähig.

Ernst v. Urbantschitsch.

Die Erkrankungen und Verletzungen des Ohres mit Erörterung der militärischen Verwendungsfähigkeit von Ohrenkranken. Von Prof. Dr. W. Albrecht. (Med. Korr.-Bl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereines. 1917. Nr. 21.)

Verf. bespricht die chronische Mittelohreiterung, die chronische Schleimhauteiterung, die Knochen- und Cholesteatomeiterung, die psychogene Hörstörung sowie einige Verletzungen des Ohres und kommt dann zu der Verwendungsfähigkeit der Ohrenkranken.

Bei Schädigungen, die in der Krankheit als solcher liegen, spielt die Mittelohreiterung eine große Rolle. Ihr akutes Stadium schließt jede Verwendung aus und verlangt spezialistische Behandlung.

Von der chronischen Form ist die Schleimhauteiterung harmlos und erlaubt an sich jede Verwendung. Für die genauere Beurteilung ist das Hörvermögen maßgebend.

Die Knochenkaries wird durch schwere Strapazen, Nässe und Kälte ungünstig beeinflußt. Sie schließt daher im allgemeinen von einer Verwendung bei der Truppe aus und muß spezialärztlich behandelt werden. Ist die Knochenkaries operiert und hat man eine radikale Höhle vor sich, so darf die Gefahr als beseitigt gelten.

Hat die Eiterung auf das Labyrinth übergegriffen, so ist der Patient als dauernd dienstunbrauchbar anzusehen.

Verf. schlägt vor, bei der Beurteilung der Ohrfunktion vier Dienstgrade zu unterscheiden: leichte Schwerhörigkeit von 3—4 *m* Flüstersprache, mittlere Schwerhörigkeit von 3—1 *m*, hochgradige Schwerhörigkeit von 1 *m* Flüstersprache abwärts und Taubheit.

Für die Beurteilung ist zunächst zu betonen, daß normales Gehör auf einem Ohr zu jeder Verwendung, auch bei der Kampftruppe, berechtigt, mag das andere Ohr hören wie es will.

Bei doppelseitiger Schwerhörigkeit empfiehlt es sich, wenn beiderseits leichte Schwerhörigkeit vorliegt, den Mann ebenfalls an der Front zu verwenden.

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Wenn bei beiderseitiger Schwerhörigkeit nur auf einem Ohr leichte Schwerhörigkeit vorhanden ist, so ist der Mann als g. v. im Felde verwendbar.

Ist der Patient auf beiden Ohren mittelgradig schwerhörig, so ist er als g. v. im Felde oder in der Heimat zu bezeichnen.

Hört er noch schlechter, so muß je nach dem Grade der Verwendungsfähigkeit auf garnisonsverwendungsfähig in der Heimat, auf arbeitsverwendungsfähig, arbeitsverwendungsfähig im Beruf oder Dienstunbrauchbarkeit erkannt werden.

Starkes dauerndes Ohrensausen kann die Leistungen eines Patienten so herabsetzen, daß er vom Frontdienst ausgeschlossen werden muß. Dasselbe gilt von Gleichgewichtsstörungen. Patienten mit stärkeren Schwindelerscheinungen gehören nicht zur Kampftruppe, da sie besonders bei solchen hilflos sind und mehr schaden können als nützen.

Für die leichteren Störungen wird es viel auf den Willen des Patienten ankommen. Für die Untersuchung des Bogengangsystems haben wir in der Drehung und der kalorimetrischen Prüfung Methoden, die uns über die Funktion der Bogengänge Aufschluß geben. Zeigen sie uns irgendeine objektive Veränderung, so ist dem Patienten selbstverständlich voll Glauben zu schenken. Fehlen die objektiven Erscheinungen, so darf man daraus nicht den entsprechenden Rückschluß ziehen, daß der Patient falsche Angaben macht. Es kann ein Reizzustand des N. vestibularis bestehen, der vorübergehend zu schweren Schwindelattacken führt, während des freien Intervalls jedoch normale Funktion zeigt. Wichtig ist, daß man den Patienten bei der Untersuchung nicht nach Ohrensausen oder Schwindel fragt. Ist eine nennenswerte subjektive Störung vorhanden, so pflegen dies die Kranken von selbst anzugeben. Eine diesbezügliche Frage kann sehr schaden. Labile Charaktere haken bei dieser Frage ein und klagen dauernd über starken Schwindel und unerträgliches Ohrensausen. Man kann diese Patienten nur im Garnisonsdienst verwenden und dabei beobachten lassen, ob sie dem Frontdienst oder einer anderen Funktion gewachsen sind oder nicht. M. Lubowski, Berlin-Wilmersdorf.

Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion. Von StA. Priv.-Doz. Dr. Otto Sachs. (W. kl. W. 1918. Nr. 27.)

Ein Patient, der wegen Urethritis totalis acuta gonorrhoica 3 Milchinjektionen zu 6, 8 und 10 cm^3 erhielt, reagierte auf die erste nur mit 39,5 Temperatur, auf die zweite, 3 Tage nach der ersten ausgeführte mit einem zwei Stunden andauernden Schüttelfrost und bekam auf die nach 6 Tagen applizierte dritte Injektion wenige Minuten nach derselben Kopfschmerzen, Collaps, klonisch-tonische Zuckungen, Cyanose der Lippen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schüttelfrost, Sinken der Temperatur auf 35,8, dann Anstieg derselben auf 39,8. Der Puls war kaum fühlbar, es bestand Dyspnoe und Gelenksschmerz, Hautexanthem trat keines auf. Unter zahlreichen an der Abteilung von Sachs ausgeführten Milchinjektionen ist dies der einzige anaphylaktische Anfall, aber es wurden in einer großen Zahl von Fällen nach intramuskulärer Milchinjektion schwere Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet. Wotzilka.

Otosklerose und Schwangerschaft. Von Dr. Artur Blohmcke, Assistent der Klinik. (Aus der kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Königsberg i. Pr. [Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Stenger].) (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. sw. d. angr. Geb. 102. H. 1/2.)

Verfasser hebt zum Schlusse seiner eingehenden Ausführungen folgende Leitsätze hervor:

1. Die Otosklerose stellt keine Lokalerkrankung, sondern die Lokalisation eines noch unbekannten Allgemeinleidens im Gehörorgan dar. — 2. Ihre Ursache ist wahrscheinlich in einer spezifischen Gefäßerkrankung, die wieder mit dem inneren Drüsensystem zusammenhängt, zu suchen (O. Mayer, Frey). — 3. Eine Störung in der harmonischen Zusammenarbeit desselben wird daher die Otosklerose ebenfalls alterieren. — 4. Das Eintreten einer solchen Störung kann durch die Gravidität hervorgerufen werden. — 5. Die Otosklerose wird in vielen Fällen nachweislich durch die Gravidität verschlechtert. — 6. Die Gehörgangsverschlechterung tritt meist nicht in der ersten, sondern erst in späteren (der zweiten und dritten) Schwangerschaften auf. — 7. Besonders ist dieses bei zeitlich rasch aufeinanderfolgenden Graviditäten der Fall. — 8. Eine weitere Steigerung erfährt die Gehörsverschlechterung manchmal noch in der Laktationsperiode. — 9. Die Graviditätsverschlimmerung der Otosklerose wird durch den künstlichen Abort aufgehalten. — 10. Da dieselbe aber keine medizinische Indikation im Sinne der von der wissenschaftlichen Deputation aufgestellten Leitsätze für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt abgibt, so ist der künstliche Abort allein wegen der Graviditätsverschlimmerung der Otosklerose abzulehnen. Ernst v. Urbantschitsch.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Tuberkulose des Ohres. Von Zamenhof, Warschau. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 6, 7, 8.)

Besprechung der einschlägigen Literatur und der 3 Entstehungsarten: per continuitatem, per contiguitatem aus der Nachbarschaft und durch die Blut- und Lymphwege. Würdigung der ätiologischen Bedeutung des Zustandes des Gehörorgans vor seiner Erkrankung an Tuberkulose und der Bedeutung der Myringitis tuberculosa, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur selten vorkommt und als primäres Stadium der Mittelohrtuberkulose anzusehen ist. Nach den neueren Untersuchungen unterliegt das Labyrinth häufiger der Tuberkulose, als bis jetzt angenommen wurde. Als klinisches Charakteristikum der Ohrentuberkulose wird der schmerzlose Beginn und die hochgradige, dem klinischen und anatomischen Bilde nicht entsprechende Herabsetzung des Gehörs geltend gemacht. Im Gegensatz zur Behauptung mancher Kliniker gibt nicht das kindliche Alter den größten Prozentsatz dieser Krankheit. Unter den bei Mittelohrkrankheiten vorkommenden Komplikationen sind bei Tuberkulose des Mittelohres die endokraniellen nur selten, während Komplikationen seitens des Labyrinthes häufiger beobachtet werden.

Von den therapeutischen Mitteln erfreut sich das Jodoform der größten Popularität; außerdem wurden Milchsäure, Perubalsam (Guranowski), Pyoktanin, Karbol- und Alkoholglycerin, Acid. trichloraceticum und innerlich Jod empfohlen; von den physikalischen Mitteln: Sonnenbestrahlung, Röntgenstrahlen und Radium; von mechanischen: passive Hyperämie (Muck). Auf Grund eigener Erfahrungen an der otolaryngologischen Abteilung von Lubliner kann Verf. mit Entschiedenheit behaupten, daß operative Eingriffe in geeigneten Fällen nicht nur keine schlechten Resultate ergeben, sondern oft drohende Erscheinungen beseitigen und einen chronischen, gelinden Verlauf bewirken. In akuten bedrohlichen Fällen ist bei gleichzeitigen schweren tuberkulösen Affektionen anderer Organe eine Operation zu unterlassen. Sonst sind Indikationen: Sequester, Mastoiditis, Labyrinthsymptome. In chronischen Fällen ist exspektatives Verhalten angezeigt und hygienisch-diätetisches Regime zu beobachten. Die Anwendung von Tuberkulomucin nach Cemach sollte noch an einem größeren klinischen Material ausprobiert werden.

Spira.

III. Labyrinth und Hörnerv.

Der Wert der Prüfung des statischen Labyrinths für die Konstatierung der beiderseitigen Taubheit. Von Doz. Dr. Imhofer. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilkunde. 101. H. 4. 1918.)

Die Hauptfrage, die sich der Verfasser in seiner Arbeit vorlegt, lautet: „Ist die vorhandene Erregbarkeit des statischen Labyrinths bei angeblicher Taubheit vollkommen zu vernachlässigen, d. h. kann ein Taubstummer, Tauber oder hochgradig Schwerhöriger ebenso gut ein normal ansprechbares wie ein unerregbares statisches Organ haben? Man muß Klarheit darüber schaffen, ob Taubheit und Funktionsstörung resp. Vernichtung des statischen Organs genügend häufig miteinander verknüpft sind, um aus dem Fehlen der letzteren einen Zweifel an dem tatsächlichen Bestehen der angegebenen Taubheit resp. hochgradigen Schwerhörigkeit be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gründet erscheinen zu lassen, und bis zu welchem Grade dies gerechtfertigt ist. Durch die gründliche Untersuchung von 50 Fällen, die in einer Tabelle zusammengestellt sind, stellt sich heraus, daß die Wahrscheinlichkeit, beim Tauben ein beiderseitig normal anzusprechendes statisches Labyrinth zu finden, gegenüber der ein- oder doppelseitigen Störung 1:4 ist, ein Zahlenverhältnis, an dem wir nicht ganz vorübergehen dürfen. Das Material der Tabelle wurde ferner in der Richtung geprüft, inwieweit bei festgestellter Taubheit das Vorhandensein oder Fehlen der Erregbarkeit des Vestibulums Anhaltspunkte für die Beurteilung der Dauer des Bestehens der Taubheit bietet. Auch diese Frage kann ja dem Militärarzt, dem Gerichtsarzt usw. vorgelegt werden, da es möglich ist, daß eine seit Kindheit bestehende Taubheit aus leicht erklärlichen Gründen auf eine vor einiger Zeit erlittene Verletzung zurückgeführt wird. Bei nachgewiesenermaßen Tauben oder Taubstummen spricht vollkommen erhaltene Vestibulariserregbarkeit zumindest dagegen, daß die Taubheit schon seit Kindheit besteht; sie ist dann als jüngeren Datums anzusehen. Bei frisch Ertaubten aber kann das statische Organ gerade so gut erregbar bleiben wie seine Erregbarkeit einbüßen. Eine Unerregbarkeit des vestibulären Labyrinths spricht also nur für Taubheit, ohne einen Schluß auf die Dauer des Bestehens zuzulassen. Die Resultate der Untersuchung werden in folgender Schlußzusammenfassung niedergelegt: 1. Der alte Satz, Störungen des Vestibularapparates sprechen für wirklich bestehende Taubheit, ist dahin zu ergänzen, daß auch einseitige Störung des statischen Labyrinthes bei beiderseitiger Taubheit möglich ist. 2. Unerregbarkeit des Vestibularis spricht nur für Taubheit, läßt aber keinen Schluß zu, ob es sich um angeborene resp. seit Kindheit bestehende oder frisch erworbene handelt. 3. Beiderseitige normale Erregbarkeit des statischen Labyrinths bei angeblich beiderseitiger Taubheit oder Taubstummheit ist zwar kein Beweis für Simulation, legt aber die Verpflichtung zur Beobachtung des Prüflings in dieser Richtung auf, ganz besonders, wenn behauptet wird, daß die Taubheit schon seit Geburt oder früher Kindheit bestehe. Leidler.

Vom Ohrapparat ausgelöste Augenbewegungen (labyrinthäre Ophthalmostatik). Von Privatdozent Dr J. Stähli. (Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1917. Nr. 27.)

Fast in der ganzen Tierreihe scheint der Einfluß des Ohres auf das Auge wirksam zu sein. Er tritt bei allen Tieren ohne weiteres klar zutage. Es besteht neben der Abhängigkeit der Augenmuskeln vom Hirn eine Abhängigkeit der Augenmuskeln vom Vorhofsapparat des Labyrinths. Dieser Einfluß des Vestibularapparates auf das Auge ist ein ganz beständiger, kontinuierlicher. In jedem Augenblicke des Lebens, sowohl bei Ruhelage der Augen als bei Augenbewegung, wird jeder Augenmuskel

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

jeden Auges von beiden Vestibularapparaten beeinflußt. Es gibt mechanische, thermische, elektrische und nervöse Reize, durch welche Augenbewegungen ausgelöst werden. Unter den nervösen Reizen meint Verf. die Einwirkung höherer Nervenzentren des Gehirns und Rückenmarks auf das Labyrinth. Nächst nervösen spielen die Hauptrolle die mechanischen Reize, welche im Vorhofapparat ausgelöst werden durch Drehungen, Bewegungen des Kopfes und des Körpers. Die zuckenden, pendelnden, rhythmischen Augenbewegungen haben die Ärzte seit langem bei gewissen Krankheiten beobachtet und sie Nystagmus benannt. Eine weitere Art des experimentellen Nystagmus ist dann der galvanische Nystagmus, ferner der Kompressionsnystagmus.

Die Ohr-Augenbewegungen gehen in der Hauptsache von den Bogengängen aus. Wir wissen aber noch immer nicht sicher, was für einen Anteil am Zustandekommen der Ohr-Augenbewegungen die beiden Vestibularsäckchen haben, und wir wissen auch noch immer nicht, wann der vordere, wann der hintere vertikale, wann der horizontale Bogengang in Aktion tritt und wie geartete Augenbewegungen jeder dieser drei Bogengänge auslöst.

Mit Hilfe der Nystagmusprüfungsmethode stellen die Ohrenärzte fest, ob der Vestibularapparat dieser Patienten normal funktioniert oder aber ob er krank ist oder ganz fehlt. Auch die Neurologie hat sich frühzeitig die Nystagmusforschung zunutze gemacht; sie benutzen sie bei der Diagnose gewisser Geschwülste im Schädelinnern, bei der Diagnose von Blicklähmungen usw. M. Lubowski, Berlin-Wilmersdorf.

Über Otosklerosebehandlung. Von Facharzt Dr. Musch, München. (Der prakt. Arzt. 1918. H. 9.)

Eine Übersicht über die gebräuchlichen Behandlungsmethoden mit besonderer Empfehlung des „Otosklerol". Neues bringt der Aufsatz nicht.
Wotzilka.

Gleichgewichtsstörungen bei Taubstummen. Von Ebbe Bergh. (Nordisk Tidskrift för Oto-Rhino-Laryngologi. 2. Nr. 4.)

Verfasser hat bei einer größeren Zahl von Taubstummen nachgewiesen, daß die bei gewissen Taubstummen vorhandenen statischen und lokomotorischen Störungen weniger frequent bei der angeborenen als bei der erworbenen Form der Taubstummheit sind. Bei der erworbenen Taubstummheit kommen diese Störungen öfter vor, bei Meningitistaubstummheit und bei Scarlatinataubstummheit — also bei Taubstummheit nach den Krankheiten, die die größten Zerstörungen des Gehörorganes verursachen — als bei Taubstummheit durch andere Ursachen. Weil die Gleichgewichtsstörungen in Bezug auf ihre Frequenz ein gleichartiges Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halten wie die totale Taubstummheit und der Verlust des Funktionsvermögens des Bogengangapparates zeigen, zieht Verfasser den Schluß, daß auch diese Störungen otogener Herkunft sein müssen und durch dieselben Ursachen wie die Taubheit und der Verlust des Funktionsvermögens des Bogengangapparates hervorgerufen werden. Da Gleichgewichtsstörungen unabhängig von dem funktionellen Zustande des akustischen Apparates und des Bogengangapparates auftreten, schließt Verfasser, daß die Beschaffenheit dieser Apparate ohne Bedeutung für die Anwesenheit oder Abwesenheit von Gleichgewichtsstörungen sind. Als Ursachen zu diesen Störungen betrachtet Verfasser Veränderungen in dem Otolithenapparate. Das Tierexperiment, das gezeigt hat, daß mit Kunst verursachte Entwicklungshemmung oder mit Kunst verursachte Zerstörung dieses Apparates statische und lokomotorische Störungen bei den Versuchstieren hervorrufen, sowie das Verhalten der japanischen Tanzmaus, die mit kongenitalen Veränderungen der Macula sacculi behaftet ist, machen eine Stütze für die Ansicht des Verfassers aus, nämlich, daß die Gleichgewichtsstörungen der Taubstummen, die otogener Natur sein müssen, durch Veränderungen, angeborene oder erworbene, des entsprechenden Organes verursacht werden. Ernst v. Urbantschitsch.

Über die Beziehungen der Syringomyelie (resp. Syringobulbie) zum zentralen Vestibularapparat. Von Dozent Dr. Rudolf Leidler, Assistent der Wiener allgemeinen Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. G. Alexander, k. u. k. Oberstabsarzt), derzeit k. u. k. Oberarzt am Garnisonsspital Nr. 2 (Kommandant: Dr. Bruno Drastich, k. u. k. Oberstabsarzt I. Kl.). (Aus dem neurologischen Institut in Wien [Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Obersteiner].) (Mit 5 Abbildungen.) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krankh. d. ob. Luftw. 76. H. 3 u. 4.)

Verfasser zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlußfolgerungen: 1. Der Nystagmus bei der Syringobulbie wird durch den typischen lateralen Spalt in der Medulla oblongata erzeugt.

2. Der Nystagmus entsteht dann, wenn dieser Spalt auch nur einen kleinen Teil der spinalen Acusticuswurzel oder die Bogenfasern, die aus derselben zum hinteren Längsbündel ziehen, lädiert.

3. Der Nystagmus ist meist zu beiden Seiten gerichtet und schlägt horizontal oder horizontal plus rotatorisch fast immer stärker zur kranken Seite.

4. Die Reaktion des Vestibularis ist in diesen Fällen vollkommen erhalten.

5. In einem Falle wurde auch Deviation conjugée beobachtet.

6. Der Schwindel, sofern er von Nystagmus begleitet ist und Drehempfindungen in einer bestimmten Richtung auslöst, dürfte ebenfalls von diesem Spalt herrühren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7. Alle diese bei Syringobulbie gefundenen Tatsachen beweisen, daß die von mir am Kaninchen gefundenen Symptome bei Verletzungen der kaudalsten Bogenfasern aus dem Deiterskerngebiet im Prinzip vollinhaltlich auf den Menschen anzuwenden sind.

Ernst v. Urbantschitsch.

IV. Otochirurgie.

Physikalische Diagnose eines Hirnabscesses. Von Dr. Ad. Leop. Scherback. (W. kl. W. 1918. Nr. 27.)

Bei der Nachoperation eines alten Kopfschusses, die wegen plötzlicher Bewußtlosigkeit, Pulsverlangsamung und Erbrechen des Patienten vorgenommen wurde, bemerkte der Autor beim Abschaben von Granulationen von der Dura eine deutliche metallische Resonanz jedesmal, wenn der Löffel über ein circumscriptes halbhellergroßes Stück der Dura strich. Die an dieser Stelle vorgenommene Punktion bestätigte seine Vermutung, daß sich unter diesem Durastück in der Tiefe ein gashaltiger Absceß befinde. Bei nachträglichen Versuchen an der Leiche konnte Scherback künstlich erzeugte Höhlen im Hirn an ihrem Perkussionsschall erkennen und die am Orte des lautesten Schalles eingestochene Sonde traf stets den in der Höhle liegengelassenen Löffel. Das unschädliche Verfahren ist der Nachprüfung wert. Wotzilka.

Zur Frage der Radikaloperation des Mittelohres vom militärärztlichen Standpunkt aus. Von Dr. Edmund Wertheim, Breslau. (Aus dem Festungslazarett Breslau, Abteilung Allerheiligen-Hospital. Ohrenstation [Primararzt Dr. Görke].) (Arch f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfhlk. sw. d. angr. Geb. 102. H. 1/2.)

Verfasser stellte fest, daß jedes zweite operierte Ohr sich als taub oder doch nahezu taub erwies und daß rund 80% der operierten Ohren auf nicht mehr als 1 *m* Entfernung Flüstern hörten!

Es zeigt sich also in der Hälfte der gesamten Fälle, daß zur Zeit der Beobachtung von Heilung noch keine Rede war.

Nach des Verfassers Beobachtungen an den radikaloperierten Ohren der Heeresangehörigen ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine ganz erhebliche Verschlechterung des Gehörs — häufig bis zur Ertaubung — zu konstatieren.

Das Hauptergebnis der vorstehenden Untersuchungen ist die Erkenntnis, daß man bei den chronischen Mittelohreiterungen der Heeresangehörigen sich in noch weit höherem Maße als in der Zivilpraxis, wo oft ganz andere Momente besonders sozialer Natur mitzusprechen haben, an eine besonders strenge Indikationsstellung bezüglich der Radikaloperation halten muß, weil durch sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine erhebliche Gehörsverschlechterung, oft Ertaubung und damit auch eine Verminderung der militärischen Verwendungsfähigkeit herbeigeführt wird, und daß diese

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Indikationsstellung naturgemäß eine noch ganz besonders vorsichtige in den Fällen wird sein müssen, in denen auch das zweite Ohr keine volle Funktionsfähigkeit aufweist.

(Dem wäre allerdings entgegenzusetzen, daß für die Beurteilung der Kriegsverwendbarkeit nicht allein der funktionelle Zustand der Ohren, sondern auch der klinische herangezogen werden muß und so z. B. ein schlechter hörendes trockenes Ohr immerhin noch günstiger wäre als ein besser hörendes, jedoch mit einer Knocheneiterung behaftetes. Anmerkung des Referenten.)

Verfasser stellt zum Schlusse folgende Richtlinien für die Frage der Radikaloperation bei den Heeresangehörigen auf:

1. Bei den chronischen Mittelohreiterungen der Heeresangehörigen soll die Radikaloperation des Mittelohres aus mehrfachen Gründen an noch strengere Indikationen geknüpft sein, als sie schon in der Zivilpraxis maßgebend sind. — 2. Von der Radikaloperation bei Heeresangehörigen soll man — wenn irgend möglich — besonders in den Fällen Abstand nehmen, in denen a) das eiternde Ohr noch gut hört, b) das andere Ohr eine nennenswerte Hörstörung aufweist, c) das andere Ohr schon radikaloperiert ist, d) nach dem Ergebnis der Labyrinthuntersuchung erfahrungsgemäß eine postoperative ernste Hörschädigung zu erwarten ist. — 3. In nicht dringlichen Fällen mit nur relativer Indikation ist die Radikaloperation im allgemeinen bis zur Friedenszeit aufzuschieben, als prophylaktischer Eingriff jedenfalls auch bei gut hörendem zweiten Ohr nur nach Versagen einer genügend langen konservativen Behandlung zulässig, zumal wenn die Operation die Chance zu bieten scheint, relativ rasch die Kriegsverwendungsfähigkeit der betreffenden Heeresangehörigen herbeizuführen. — 4. Die Radikaloperation wird in nicht dringlichen Fällen am besten dort ausgeführt, wo auch die Nachbehandlung seitens des Operateurs bis zu Ende durchgeführt werden kann. Ernst v. Urbantschitsch.

Zur Diagnose des otitischen Hirnabscesses. Von OA. d. R. Dr. Wilhelm Döderlein, Assistent der Klinik. (Aus der Universitätsklinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten in Straßburg i. E.) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Kh. d. Luftw. 77. H. 1.)

Mitteilung von 4 Fällen von otogenen Schläfelappenabscessen, in welchen die Diagnose auf große Schwierigkeiten stieß. In sämtlichen vier Fällen war der die Dura bedeckende Knochen sowie diese selbst anscheinend gesund. In einem Fall handelte es sich um einen Gasabsceß.

Ernst v. Urbantschitsch.

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Februar 1918.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. O. v. Chiari.
Schriftführer: Hr. K. Kofler.

Der Vorsitzende hält Maximilian Bresgen, Ferdinand Massei und Heinrich Ziem einen Nachruf. Die anwesenden Mitglieder der Gesellschaft erheben sich zum Zeichen der Trauer von ihren Sitzen.

Maximilian Bresgen starb am 2. VI. 1915. Geboren 1850 zu Ahrweiler, studierte er in Jena und Heidelberg, woselbst er 1872 promovierte. Er arbeitete bei Virchow und ging dann nach Wien, um unter Stoerk 1½ Jahre als Assistent zu dienen. 1877 ließ er sich in Frankfurt a. Main als Arzt für Hals-, Nasen- und Lungenkrankheiten nieder. 1899 zog er nach Wiesbaden und wirkte dort bis zu seinem Tode. Er machte sich verdient um die Ausbildung der Rhinoskopie und um die Pathologie und Therapie der Erkrankungen der Nase und ihrer Folgen, besonders bei Kindern. Außer zahlreichen kleineren Arbeiten besitzen wir von ihm ein Lehrbuch „Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre" bei Urban & Schwarzenberg aus den 90er Jahren, welches 3 Auflagen erlebte. Sehr viel Anerkennung verdient sein Streben, auch in der Medizin die Fremdwörter so viel als möglich durch bodenständige deutsche Worte zu ersetzen.

Ferdinand Massei starb am 7. VI. 1917. In Neapel 1847 geboren, war er schon mit 20 Jahren Doktor der Medizin und studierte dann in Deutschland, England und Frankreich Laryngologie. 1869 gründete er in Neapel ein Ambulatorium für Hals- und Nasenkranke, in welchem er viele Ärzte und Studenten unterrichtete. Seit 1882 Dozent der Laryngologie, wurde er 1888 Extraordinarius und 1902 Ordinarius, mußte aber seine ganze didaktische, therapeutische und operative Tätigkeit an seinem Ambulatorium durchführen. 1911 übernahm er die Leitung der Klinik für Laryngo- und Otologie, welche erst 1916 völlig ausgestaltet wurde. Lange Jahre hatte er also unter räumlichen Mißverhältnissen zu leiden, so daß er die Tracheotomien auf der chirurgischen Klinik oder manchmal in extremis in seiner Sprechstunde vornehmen mußte. 1900 wurde er zum Leiter einer Diphtherieabteilung ernannt und konnte nun der Intubation näher treten; er wurde ihr begeisterter Anhänger.

Unter seinen zahlreichen Arbeiten sind viele von bleibendem Werte. Er hat zuerst gezeigt, daß das Erysipel primär den Kehlkopf befallen kann, unter dem Namen Glossitis follicularis barica 1888 die Phlegmone der Zungenmandel beschrieben und namentlich eine sehr interessante Kasuistik der Kehlkopfpolypen veröffentlicht.

Massei war ein kleiner, sehr lebhafter Mann von ungeheurer Beweglichkeit und echt italienischer Höflichkeit, aber dabei ein verläßlicher

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Forscher und ausgezeichneter Operateur. Er beteiligte sich an den meisten internationalen Kongressen, war Mitbegründer der Società Italiana di Laringologia und Ehrenmitglied der laryngologischen Gesellschaften zu Berlin, London und Wien. Die Archivi Italiani di Laringologia wurden von ihm 1881 begründet. Die Zahl seiner Schüler war in Italien sehr groß. Er war einer der Begründer der Laryngologie in Italien.

Am 6. Juli 1917 erlag nach jahrelangem Siechtum Konstantin Heinrich Ziem in Danzig. Er war 1850 in Frankfurt am Main geboren, studierte in Marburg und promovierte in Rostock 1875. Er wandte sich zunächst der Augenheilkunde zu, arbeitete bei Weber in Darmstadt und bei v. Hasner in Prag und widmete sich unter Voltolini in Breslau der Rhinologie. Seine Tätigkeit wurde sehr durch Kränklichkeit behindert; schon als Kind hatte er eine schwere Osteomyelitis und eine eitrige Coxitis mitgemacht. 1878 bekam er Schmerzen infolge von Caries eines Molaris im Oberkiefer. Ein Zahnarzt legte in die Zahnhöhle eine Arsenikpaste ein, welche 12 Tage liegen blieb; inzwischen hatte sich stinkender eitriger Ausfluß aus derselben Nasenseite eingestellt, die Ziem als einseitige Ozaena auffaßte. Diese Eiterung blieb trotz aller Behandlung unverändert; Ziem entschloß sich 1879, nach Alexandrien zu gehen, um in dem warmen Klima Heilung zu finden und zugleich die ägyptische Augenkrankheit zu studieren. Aber die Naseneiterung wollte nicht heilen. 1882 ging er wieder nach Europa. Endlich 1883 ließ er sich die Kieferhöhle vom Alveolus des kranken Zahnes anbohren, da er in dieser Höhle den Sitz der Eiterung vermutete. Die Chirurgen wollten sich nicht dazu entschließen, weil die Kieferhöhle nicht aufgetrieben war. Endlich erfolgte die Anbohrung und ein Strom stinkenden Eiters entleerte sich. Schließlich heilte die Arthritis durch Spülungen und Auskratzungen. Dieses Erlebnis am eigenen Körper veranlaßte ihn, den einseitigen Eiterungen der Nase nachzugehen, und er konnte bald feststellen, daß sie sehr häufig aus der Kieferhöhle stammen und dort durch entzündliche Prozesse der Zahnwurzeln hervorgerufen werden. Es fehlt bei diesen Eiterungen mit freiem Ausfluß in die Nase jede Auftreibung der Fossa canina. Zur Therapie empfahl er die Anbohrung vom Processus alveolaris und Waschung der Höhle. Durch ihn erst wurden alle Nasenärzte auf die Häufigkeit der Eiterungen aus Kiefer- und Stirnhöhlen aufmerksam gemacht.

Sehr viele Arbeiten betreffen den Zusammenhang von Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen mit denen der Zähne, des Auges und des Gehirns. Er hält diese Leiden meist für Folgen direkter Fortleitung der Entzündung und die Reflexneurosen der Nase für seltener, als die meisten anderen Autoren annahmen.

Seine Arbeiten sind alle mit der größten Sorgfalt verfaßt und durch viele Zitate aus den ältesten Schriftstellern geschmückt. Leider aber war Ziem in allen Streitfragen sehr leidenschaftlich, so daß er sich mit vielen Kollegen, namentlich mit Tornwaldt in Danzig wegen der sogenannten Tornwaldtschen Krankheit verfeindete. So lebte er denn die letzten Jahrzehnte seines Lebens einsam und verbittert, erlitt 1915 eine Apoplexie und starb an ihren Folgen in geistiger Umnachtung 2 Jahre später.

A. Demonstrationen.

I. Hr. G. Hofer demonstriert: M. H.! Der Pat., den ich Ihnen hier demonstriere, befindet sich seit genau 2 Monaten in unserer Behandlung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Derselbe war vor zirka 4 Jahren unter den Anzeichen einer Stenose des Oesophagus erkrankt. Nachdem sich sein Zustand vorübergehend gebessert hatte, traten vor einigen Wochen zu den Zeichen der Stenose heftige Schmerzen bei dem zeitweise völligen Versagen des Schluckaktes hinzu.

Der Pat. wurde von mir oesophagoskopiert und schien mir der Befund für ein **Divertikel** zu sprechen. Ich konnte im Anfangsteil des Oesophagus den Eingang in einen kleinen Sack nachweisen und vermutete, wenigstens den klappenförmigen Verschluß eines Divertikels gegen das Oesophaguslumen nachgewiesen zu haben. Nach 6 Tagen wurde Pat. an die Klinik eingeliefert mit der Angabe, daß die Schmerzen im Halse sich sehr gesteigert hätten und es ließ sich im Bereiche der linken Gefäßscheide eine schmerzhafte Prominenz deutlich nachweisen. Der Pat. konnte aber besser schlucken und war sein Allgemeinbefinden ein relativ sehr gutes. Ich nahm nun die obere Mediastinotomie vor und konnte nach Eingehen in die Gefäßscheide einen großen Abceß nachweisen, der um den Oesophagus herum lag; eine sehr große Menge Eiters entleerte sich aus dieser Abceßhöhle. Die Höhle reichte tief in das Mediastinum hinab. Ich drainierte das hintere Mediastinum gegen die Apertur nach oben, tamponierte die Abceßhöhle locker und ließ den Pat. in der Folge in Beckenhochlagerung durch 12 Tage im Bette liegen. In weiterer Folge trat eine Pyämie mit metastatischen Nerven im Schultergelenk und im Kniegelenk auf, jedoch gelang es trotzdem, den Pat. über Wasser zu halten, und nunmehr ist derselbe bei relativem Wohlbefinden durch etwa 10 Tage fieberfrei. Aus dem drainierten hinteren Mediastinum kann man mittelst Spritze und langem Saugschlauch täglich etwa 10 cm^3 dicken Eiters entnehmen. Wenn dieser Zustand auch auf die Dauer nicht haltbar erscheint, so ist die Lokalisation der putrierten Mediastinitis dennoch ein seltenes, wenn auch nur vorläufiges Ergebnis. Ich habe gegen die hintere Mediastinotomie wegen der Verwachsungen und des Allgemeinzustandes des Pat. gewichtige Bedenken. Sollte der Pat. sich kräftigen, so käme diese später eventuell in Betracht.

M. H.! Wenn auch im vorliegenden Fall die Entzündungserscheinungen vor einer Oesophagoskopie Vorsicht auferlegten, so glaube ich durch diese dem Pat. keinen weiteren Schaden zugefügt zu haben, sofern wohl die Endoskopie bei allen Fällen von Divertikelverdacht vermieden werden soll, ich glaube aber weiters, man solle in allen frischen Fällen von hinterer Mediastinitis sogleich an die hintere Mediastinotomie denken, da sie in späteren Stadien infolge der Verwachsungen und der Gefahr der Pleuraverlegung ungleich schwieriger und prognostisch ungünstiger wird.[1])

II. Hr. E. Glas demonstriert folgende Fälle aus dem Reservespital Nr. 1:

---

[1]) 10 Tage nach der Demonstration erkrankte der Pat. unter den Anzeichen der **Pleuritis acuta** und starb im Verlauf von 48 Stunden. Die Sektion hat ein Traktionsdivertikel der rechten Seitenwand des Oesophagus ergeben. Die Abceßhöhle um den Oesophagus der linken Körperseite stand mit dem Lumen des Oesophagus in gar keinem Zusammenhang, auch war der Divertikelsack nicht verwachsen. Als Erklärung für diesen Befund kann lediglich die Vorstellung dienen, daß um den durch das Divertikel spastischen Oesophagus vor längerer Zeit durch eine Fremdkörperverletzung eine Perioesophagitis entstanden war, die, sei es durch ein **Trauma**, sei es ohne erkennbare Ursache, zur Abscedierung führte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Einen Korporal, der von einem Granatstück am 28. VII. 1917 an der linken Wange getroffen worden war. Bei Pat. war im Anschluß an die Verletzung, welche mit Verlust mehrerer Zähne des Oberkiefers einhergegangen war, hochgradige Schwellung der linken Wange, starke Protrusio bulbi und hohes Fieber aufgetreten. Konservative Behandlung hatte die akuten Erscheinungen gebessert, jedoch kam es einige Wochen später zu neuerlicher starker Anschwellung und erst jetzt wurde Durchleuchtung der linken Kieferhöhle vorgenommen, welche das **Vorhandensein eines 30 g schweren Sprengstückes** ergab, welches die Fossa canina eingedrückt hatte und nunmehr (nach vier Wochen) entfernt werden konnte. Stinkende Kieferhöhleneiterung bestand fort, weshalb die Radikaloperation der Kieferhöhle vorgenommen werden mußte, welche die schwersten Veränderungen der Höhle ergab. Vortr. erinnert an einen einige Monate vorher in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellten Fall von retrobulbär gelegenem Sprengstück, das zu einer chronischen Siebbeinzellen- und Stirnhöhleneiterung geführt hatte und welches Vortr. mit anschließender Radikaloperation des Siebbeines von außen entfernt hatte, und betont die Dringlichkeit baldigster Durchleuchtung solcher Fälle, durch welche zu rechter Zeit radikale Maßnahmen bzw. Projektilentfernung vorgenommen werden können, wodurch sekundär auftretende schwere Komplikationen zu vermeiden wären.

2. Demonstration eines Falles von merkwürdigem **Retropharyngealabsceß** bei einem 46jährigen Korporal. Derselbe war bereits im September 1917 in das Spital zur rhinoskopischen Untersuchung transferiert worden, da er über Stirnkopfschmerzen und Schmerzen in der Nackenmuskulatur geklagt hatte. Schon damals war das Steifhalten des Halses aufgefallen, ohne daß die Röntgen- und Nervenuntersuchung eine besondere Ursache ergeben hätte. Dagegen bestand eine Eiterung der rechten Stirnhöhle, weshalb Polypen und das vordere Ende der rechten Concha media reseziert wurden. Eröffnung der Bulla ethmoidalis. Ausheilung des Prozesses. Am 22. XII. 1917 traten unter hohem Fieber Schluckbeschwerden auf und es entwickelte sich scheinbar ganz akut ein Retropharyngealabsceß rechts, der incidiert wurde. Entleerung einer größeren Menge Eiter. Rücktransferierung in das Spital. Trotz guter Drainage, H_2O_2-Behandlung etc. trat keine Besserung auf. Excochleation nach Resektion eines Stückes der Absceßwand. Die histologische Untersuchung (Prof. Stoerk) ergab: Tbc.-Infiltration einer retropharyngealen Lymphdrüse. Wiederholte Durchleuchtungen der Halswirbelsäule ergaben immer wieder negativen Befund. Der Fall erscheint in mehrfacher Hinsicht von Interesse: Zunächst in Bezug auf die Frage, ob die spezifische Infektion der rechten retropharyngealen Halslymphdrüse mit dem Eiterungsprozeß der rechten Nebenhöhlen zusammenhängt. Zu zweit würden die ganzen Erscheinungen auf einen längere Zeit bestehenden cariösen Prozeß im Gebiete der Halswirbelsäule hinweisen, wogegen der negative Röntgenbefund spricht. Außerdem ist die spezifische Infektion einer retropharyngealen Lymphdrüse bei sonst negativem Befund besonders auffallend und auch die infolge der starken Schmerzen Monate vor Auftreten des Abscesses eingetretene Steifhaltung des Halses bemerkenswert, so daß man zur Annahme gedrängt wird, ob nicht doch in der Tiefe ein röntgenologisch nicht nachweisbarer spezifischer Knochenherd zur Bildung gekommen sei?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussprache.

Hr. W. Roth: Auf Grund meiner Erfahrungen möchte ich doch annehmen, daß es sich hier um eine tuberkulöse Erkrankung im Knochen der Halswirbelsäule handelt. Ich habe viele derartige Fälle beobachtet, in denen nach der Röntgenuntersuchung eine Erkrankung des Knochens nicht angenommen werden konnte und in denen in weiterer Beobachtung sich dennoch eine solche in unzweifelhafter Weise herausstellte. Das Vorhandensein von Schmerz bei Bewegungen des Kopfes und infolgedessen eine willkürliche steife Fixation des Kopfes spricht sehr für die Erkrankung des Knochens, während dieses Symptom bei retropharyngealen Abscessen, welche aus der Vereiterung submukös gelegener tuberkulös erkrankter Drüsen hervorgehen, nicht beobachtet wird.

Hr. Pöllhofer: Einen ähnlichen Fall beobachtete ich bei einem Soldaten in der Rekonvaleszenz nach Flecktyphus. In der Höhe der Uvula sah man an der hinteren Rachenwand einen blassen, vorspringenden Wulst, in jedem Sinus piriformis einen kleinen kegelförmigen Vorsprung mit einer gelben Spitze. Kein Ödem des Aditus ad laryngem. Die Incision förderte einen käsigen, dicken Inhalt in geringer Menge. Ein Zusammenhang mit dem eben überstandenen Flecktyphus ist nicht vorhanden. Es handelte sich um ein schon früher tuberkulös gewesenes Individuum.

3. Demonstration eines Soldaten mit **cardiospastischen Erscheinungen, Parese des Musculus posticus rechts bei in der rechten Nackenmuskulatur steckendem haselnußgroßem Projektilsplitter.**

Dieser Fall ist jedenfalls in der Weise zu erklären, daß das Projektil den rechten Nervus vagus geschädigt hat, weshalb die Abduktionsschwäche des rechten Stimmbandes zustande kam. Zudem erscheinen jene Vagusfasern, welche der Cardiakontraktion entgegenwirken, geschädigt, aus welchem Momente die cardiospastischen Erscheinungen resultieren. Jedenfalls ist dieses Syndrom: Posticusparese und Cardiospasmus im Sinne der Cl. Bernardschen Untersuchungsresultate (krampfhafte Kontraktion der Cardia nach Durchschneidung der Vagi) zu verwerten.

Aussprache.

Hr. Grossmann: Es ist mir nicht gelungen, den Pat. zu laryngoskopieren, da er momentan zu empfindlich ist. Der Herr Vortr. berichtet, daß das kranke Stimmband in der Medianlinie steht. Das ist immer der Ausdruck einer Recurrenslähmung und nicht, wie er meint, einer Posticuslähmung. Ich will übrigens bei dieser Gelegenheit nicht die Recurrensfrage aufrollen.

Hr. v. Chiari bemerkt, daß Herr M. Grossmann mit dieser seiner soeben vorgebrachten Anschauung wohl allein stehen dürfte.

Hr. Grossmann: Das ist nicht richtig. Im Verlaufe der Jahre ist ein so reiches klinisches, experimentelles, anatomisches und histologisches Material gesammelt worden, welches die Frage wohl endgültig in meinem Sinne erledigt hat. — Und selbst wenn ich wirklich allein stünde, würde ich meine Ansicht unbedingt aufrecht halten.

III. Hr. Ad. Heindl zeigt ein von außen durch **Oesophagotomie entferntes Gebiß** mit mehreren scharfen Zacken an den Seitenteilen, in der Mitte stark gewölbt mit 3 Zähnen, von welchen einer mit einer scharf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

randigen Goldplatte bedeckt ist, welche über den freien Rand des Zahnes vorsteht. Das Gebiß wurde von einem etwa 40 Jahre alten Manne im Schlafe verschluckt. Derselbe kam in derselben Nacht noch ins Spital und wurde auch hier wieder der Fehler begangen, daß eine Kollegin mit einer Schlundbougie das Gebiß noch tiefer in die Speiseröhre hineintrieb, wenigstens nach Angabe des Pat. Am nächsten Nachmittag konnte Vortr. den Fremdkörper mit dem Oesophagoskop in einer Entfernung von 25 *cm* von der Zahnreihe sichten, aber die Entfernung per vias naturales gelang auch in der Narkose trotz Wenden und Drehen des Fremdkörpers nicht, da er sich mit seinen Zacken und dem goldbelegten Zahn immer in der Ringknorpelenge spießte. Das Gebiß lag mit der Zahnreihe nach abwärts, distal, während der freie Rand quergestellt nach aufwärts, proximal mit seinen Zacken sich einhakte. Die Drehung des Fremdkörpers um seine vertikale oder horizontale Achse gelang ebenfalls nicht. Nachdem die Schleimhaut um die Gebißenden bereits starkes Ödem zeigte und blutete, auch ein Dehnungsinstrument nach Brüning oder Zertrümmerer nach Kahler nicht zur Verfügung stand, so wurde noch am selben Abend vom Assistenten des Prof. Clairmont Herrn Dr. Vogl Oesophagotomie vorgenommen. Doch auch auf diesem Wege gelang es nur, das Gebiß tiefer zu dislozieren und frei zu machen, ohne es in toto extrahieren zu können. Einem Assistenten gelang es, mit einer kräftigen Zange den Fremdkörper zu zerquetschen, worauf er in 3 Teilen extrahiert wurde. Pat. ist bereits genesen und schlingt alles anstandslos.

Bemerkenswert ist der Umstand, daß der eine Zahn mit der vorstehenden Goldplatte, welcher nur teilweise von rückwärts im Ödem der Schleimhaut mit dem glänzenden Rande überblickt werden konnte und sich immer wieder einhakte, für eine Goldklammer gehalten wurde, obwohl Pat. angab, daß das Gebiß keine Klammern hätte. Der Effekt war derselbe, nämlich ein Extraktionshindernis.

Aussprache.

Hr. Hofer: M. H.! Gelegentlich des Hinweises von seiten des Herrn Heindl auf die Bougieverlegung möchte ich mir zu bemerken erlauben, daß wir an der Klinik nunmehr den 3. Fall von Bougieverletzung, sei es bei Eigenbougierung des Pat., sei es durch fremde Gewaltanwendung bei Fremdkörpern des Oesophagus sehen in einem Zeitraum von 8 Monaten. Zwei dieser Fälle führten ad exitum. Ich glaube, man sollte diese Erfahrungen dazu benützen, vor der Bougietherapie beim Fremdkörper Ärzte und Pat. immer wieder zu warnen.

Hr. K. Kofler bemerkt, daß es absolut notwendig wäre, die praktischen Ärzte, insbesondere jene am Lande, endlich einmal oder sagen wir besser wiederholt über die Gefahren des blinden Hinunterstoßens insbesondere von festen Fremdkörpern der Speiseröhre allgemein und eindringlich aufzuklären und einen solchen Vorgang geradezu als Kunstfehler hinzustellen. An der Klinik hatten wir seit vielen Jahren reichlich Gelegenheit, die üblen Folgen eines solchen Vorgehens in verschiedener Intensität zu beobachten. Selbst bei den heutigen schlechteren Verkehrsverhältnissen ist es für den Pat. immer noch möglich, rechtzeitig eine Heilanstalt zu erreichen, woselbst der Fremdkörper lege artis entfernt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden kann. Das Verweilen des Fremdkörpers durch wenige Tage im Oesophagus ist, wie die Erfahrung lehrt, meist von keinen ernsteren Folgen begleitet.

Hr. Ad. Heindl (Schlußwort): In dem besprochenen Falle hätte Vortr. auch mit der Oesophagotomie noch gewartet, bis ihm am nächsten Tage ein „Zertrümmerer" nach Kahler eventuell zur Verfügung gestanden wäre. Da aber in der Kriegszeit solche Instrumente schwer rasch zu beschaffen sind und das Ödem und Bluten der Schleimhaut doch zu einer Larynxstenose führen konnte, wurde die Operation von außen noch am Abend vorgenommen. — Bezüglich der Bemerkung des Herrn Kofler kann Vortr. dessen Ansicht nur beistimmen, daß es dringend notwendig wäre, die praktischen Ärzte vor der Anwendung der Schlundbougie bei Fremdkörpern zu warnen. Knapp einige Tage vor dem besprochenen Falle war ein Mann in der Ambulanz, der ebenfalls in der Nacht ins Spital kam mit der Klage, daß ihm ein Stück Fleisch (Leber) im Schlunde stecken geblieben sei. Ein Kollege wendete wieder eine Schlundbougie an, um das Fleischstück hinunterzustoßen. Es kam per os heraus; jedoch, da Pat. an einer Oesophagusstriktur seit seiner Kindheit nach Laugenessenzgenuß litt, so hatte diese Behandlung nur den Erfolg, daß der rechte Sinus piriformis derart verletzt wurde, daß eine Phlegmone desselben mit Larynxödem und Lymphangitis auftrat, so daß Pat. ins Spital aufgenommen werden mußte und diese Erkrankung nur durch energische antiphlogistische Behandlung zurückging, ohne daß es, wie Vortr. erwartete, zur Tracheotomie oder Eröffnung des Pharynx von außen kam.

Redner rät, immer in Fällen von Fremdkörpern oder mutmaßlichen Fremdkörpern im Oesophagus oder Larynx, wenn sie nicht sofort unter Leitung des Auges sachgemäß angegangen werden können, Eis zu nehmen und eisgekühlte Flüssigkeiten. Damit nimmt die entzündliche Schwellung und der Reizungszustand der Schleimhaut ab, der Fremdkörper wird frei oder besser sichtbar.

B. Administrative Sitzung.

1. Bericht des Sekretärs: Hr. K. Kofler erstattet für den im Felde stehenden Sekretär der Gesellschaft Herrn J. Fein den Bericht über das abgelaufene Vereinsjahr 1917/18. Besondere Vorkommnisse sind nicht zu verzeichnen. Die Herren L. Réthi und A. Heindl wurden zu Vorsitzenden gewählt, im übrigen wurde das Büro der Gesellschaft des abgelaufenen Vereinsjahres wieder gewählt. Von den Funktionären stehen mehrere teils im Felde, so der Sekretär Herr Joh. Fein, der Bibliothekar Herr H. Marschik, teils sind sie wegen Versehung militärischer Dienste außerstande, ihren Funktionen nachzukommen, so die beiden Schriftführer Herr O. Hirsch und Herr V. Frühwald; der Schriftführer Herr F. Hutter befindet sich noch in russischer Kriegsgefangenschaft. Für die genannten drei Schriftführer habe ich regelmäßig das Schriftführeramt bei den Sitzungen der Gesellschaft übernommen. Mehrere ordentliche Mitglieder der Gesellschaft sind ausgezeichnet worden, so wurde der Präsident Hofrat Chiari in den Freiherrnstand erhoben, Herr Vinzenz Läufer zum Obermedizinalrat ernannt, der Sekretär Herr Joh. Fein zum General-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stabsarzt befördert. Herr Medizinalrat Friedrich Hanszel erhielt das Kriegskreuz für Zivilverdienste II. Klasse.

Das korrespondierende Mitglied Herr Prof. Siebenmann in Basel feierte im Juni 1917 sein 25jähriges Professorenjubiläum.

Im abgelaufenen Jahre fanden 5 Sitzungen statt. Vorträge wurden keine gehalten, doch wurden im ganzen 25 Demonstrationen von interessanten Fällen bzw. Präparaten abgehalten. Die Demonstrationen verteilen sich auf folgende Herren: Roth 1, Menzel 1, Hirsch 2, Glas 11, Gatscher als Gast 1, Pöllhofer 1, Hofer als Gast 2, Kofler 6. Hierzu kommen noch einige Demonstrationen in der Novembersitzung 1917, doch wie viele es sind und wer dieselben gehalten, kann ich derzeit nicht angeben, weil der Bericht noch im Druck und mir daher nicht zugänglich ist.

An den Aussprachen beteiligten sich die Herren Chiari, Roth, Hajek, Réthi, Marschik, Glas, Hanszel, Heindl, Weil, Hirsch, Kofler.

Die Gesellschaft zählt derzeit ungefähr 9 Ehrenmitglieder, 24 korrespondierende Mitglieder und 61 ordentliche Mitglieder.

2. Bericht des Ökonomen.

3. Bei den nun folgenden Wahlen wurden nachstehende Herren gewählt: Präsident: Hr. O. v. Chiari. — Vizepräsident: Hr. W. Roth. — Sekretär: Hr. Joh. Fein. — Ökonom: Hr. Fr. Hanszel. — Bibliothekar: Hr. H. Marschik. — Schriftführer: Hr. K. Kofler. — Revisoren: Hr. V. Läufer, Hr. A. Heindl. — Vorsitzende: Hr. M. Grossmann, Hr. A. Heindl, Hr. M. Hajek.

Sitzung vom 10. April 1918.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. M. Grossmann.
Schriftführer: Hr. K. Kofler.

Hr. O. v. Chiari hält Friedrich Ganghofner einen Nachruf und macht Mitteilung vom Tode Peter Feteas Hald (bei Prof. Mygind). Die anwesenden Mitglieder der Gesellschaft erheben sich zum Zeichen der Trauer von ihren Sitzen.

Der Nachruf lautet: Im März 1918 verschied in Prag Hofrat Prof. Dr. Friedrich Ganghofner, der seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Lehrkanzel für Kehlkopfkrankheiten an der deutschen Universität in Prag inne hatte. Damals schon machte er sich um die Kenntnis des Laryngoskleroms verdient, das man bis dahin teils als Chorditis vocalis inferior hypertrophica (Gerhardt), teils als chronische Blennorrhoe (Stoerk) beschrieben hatte. Später wandte er sich der Kinderheilkunde zu und leitete die deutsche pädiatrische Klinik in Prag. Es ist bekannt, daß er dort als einer der ersten die O'Dwyersche Intubation zur Behandlung der Diphtherie eingeführt hat. Auch sonst war er ein um die Laryngologie und Pädiatrie hochverdienter Mann, dessen Andenken wir immer hochhalten werden.

I. Hr. K. Menzel stellt eine 42jährige Pat. vor, welche an einem **Peritheliom des Zungengrundes** leidet.

Die Pat. gibt an, seit etwa 10 Jahren an Schluckbeschwerden zu leiden. Es ist zwar kein Zweifel, daß der derzeit wahrzunehmende Tumor

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jüngeren Datums ist. Tatsache ist jedoch, daß der Tumor von einem namhaften Wiener Laryngologen bereits vor 5 Jahren konstatiert und längere Zeit beobachtet wurde. Die von dem Tumor tatsächlich ausgehenden subjektiven Beschwerden scheinen nur geringfügig zu sein.

Die laryngoskopische Untersuchung ergibt in der Mitte des Zungengrundes einen durch eine seichte Furche gegen die gesunde Umgebung ziemlich scharf abgesetzten, über pflaumengroßen Tumor von glatter Oberfläche und kugeliger Gestalt. Er ist von normaler Schleimhaut bedeckt, hat eine derbe Konsistenz, sitzt seiner Unterlage breitbasig auf und behindert, wenn auch in mäßigem Grade, das Sprechen und Schlucken.

Der Tumor ist am besten direkt sichtbar, wenn die Zunge stärker hervorgezogen wird. Die histologische Untersuchung eines excidierten Stückchens, die von Herrn Dr. Jaffé im Garnisonsspital Nr. 1 ausgeführt und von Herrn Hofrat Paltauf kontrolliert wurde, ergab den Befund eines Perithelioms. Im Einzelnen fand sich Folgendes: Der Tumor wird von intakter Schleimhaut überzogen und ist durch eine $^1/_2$—1 *mm* breite bindegewebige Schichte von dem bedeckenden Pflasterepithel getrennt. Er ist gegen die Umgebung scharf abgegrenzt und besteht aus einem lockeren, blaß sich färbenden Stroma, das in den zentralen Partien vorherrscht, während gegen die Peripherie zu sich ziemlich dicht aneinander gelagerte, drüsenähnliche Bildungen finden, die auf den ersten Blick an die Follikel einer Schilddrüse erinnern. Sie bestehen aus einem runden oder rund-ovalen Hohlraum, der von einer einfachen Lage kubischer Zellen mit runden Kernen umgeben wird. Daneben liegen solide kleine Zellgruppen von kugeliger oder birnförmiger Gestalt. Mitunter sieht man zwischen den Zellen einen kleinen, unregelmäßig gelagerten Hohlraum, Bilder, welche hinüberleiten zu den ausgebildeten drüsenähnlichen Zellformationen. Andrerseits aber lassen sich alle diese Formationen in Beziehung zu Blutgefäßen bringen. Zarte, langgestreckte, blutgefüllte Capillaren besitzen an zahlreichen Stellen kleine knospenartige Auswüchse aus mehreren ovalen großkörnigen Zellen zusammengesetzt. Diese Auswüchse schließen bisweilen kleine Hohlräume ein und gehen weiterhin in schlauchartige Gänge über, die aber noch in deutlichem Zusammenhang mit den Gefäßen stehen. (Demonstration des mikroskopischen Präparates.)

Bekanntlich gehören die Peritheliome zu den seltenen Geschwülsten und sind bisher nach Borst vornehmlich beobachtet worden im Gehirn und in den Meningen, in den serösen Häuten, in Knochen, Nieren, Muskeln, Haut, Lymphdrüsen, Ovarien usw.

Klinisch handelt es sich bei den typischen Formen um relativ gutartige, zwar auch örtlich destruierende und hartnäckig rezidivierende, aber weniger zur Generalisation neigende Geschwülste (Aschoff-Borst, „Geschwülste"). Histologisch charakterisieren sie sich dadurch, daß von den an der Außenwand der Blutgefäßcapillaren gelagerten sogenannten Perithelien Zellwucherungen ausgehen in der Form, wie sie oben beschrieben sind, während die Endothelien der Blutgefäße normal bleiben. Da sie häufig regressiven, und zwar hauptsächlich hyalinen und schleimigen Metamorphosen unterliegen, geht oft ihr charakteristischer, oben geschilderter Bau verloren.

Peritheliome, die so typisch sind und ihren ursprünglichen Charakter so rein erhalten haben, gehören zu den größten Seltenheiten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Durchsicht der dem Vortr. zur Verfügung stehenden Literatur scheinen Peritheliome des Zungengrundes außerordentlich selten vorzukommen. Vortr. konnte weder in den gangbaren Lehrbüchern oder Handbüchern noch in den diversen Zentralblättern einen analogen Fall finden.

Was die Therapie anlangt, so glaubt Dr. Menzel, daß es möglich sein werde, den Tumor von vorneher zum größten Teile, sei es mit dem Messer oder dem Galvanokauter, zu exstirpieren. Der Grund soll nachher mit Radium behandelt werden. Die Prognose ist in Anbetracht der scharfen Abgrenzung des Tumors, des langsamen Wachstums desselben und nicht zuletzt infolge seiner relativ leichten Zugänglichkeit als nicht ungünstig zu bezeichnen.

II. Hr. Otto Mayer: 1. **Zur Korrektur der knöchernen Schiefnase.** Bei einem Infanteristen kam es infolge Verschüttung durch eine Granatexplosion zu einer hochgradigen Verlagerung der knöchernen Nase von rechts nach links (Schiefnase). Da dadurch auch eine Behinderung der Nasenatmung zustande kam, war die Indikation zur operativen Behebung gegeben. Mayer hat die von Max Joseph angegebene Methode in folgender Weise ausgeführt: Es wird in der Nase beiderseits auf den Rand der Apertura piriformis incidiert, hierauf von diesem Schnitt aus das Periost von der oberen, wie auch von der unteren Seite des Stirnfortsatzes bis hinauf zur Nasenwurzel mit dem Raspatorium abgehoben. Dann wird das mittlere Killiansche Nasenspekulum eingeführt und das Periost von der unteren und oberen Fläche abgespreizt wie bei der Septumoperation, hierauf der Knochen durchgemeißelt. Auf der Breitseite wurde ein Keil reseziert. Die Nasenwurzel wurde hierauf umgebrochen und durch den Schiefnasenapparat nach Ablauf der Reaktion in dieser Lage fixiert.

Die Modifikation besteht darin, daß der Knochen nicht subcutan durchsägt wird, was zu starken Läsionen der Weichteile führt, sondern daß er nach Abschiebung und Schutz der Weichteile durch das Killiansche Spekulum glatt durchschlagen wird. Dadurch ist die Operation erst zu einer der modernen rhinologischen Technik entsprechenden geworden.

2. **Stirnhirnabsceß infolge akuter Stirnhöhleneiterung durch Operation geheilt.**

Stephan N., 15 Jahre alt, aus Ungarn, bemerkte nach vorhergegangenen Schmerzen 8 Tage vor seiner Spitalsaufnahme eine Schwellung des linken Oberlides, die allmählich so zunahm, daß er das Lid nicht öffnen konnte. Jetzt keine Kopfschmerzen, kein Fieber. Bei der Untersuchung ergab sich eine hochgradige Rötung und fluktuierende Schwellung des linken oberen Lides, die sich über den Orbitalrand nach oben fortsetzte. Das untere Lid war nicht geschwollen, die Conjunctiva bulbi etwas injiziert, es bestand eine mäßige Chemosis; Doppelbilder beim Blick nach links und nach oben. Im linken Hiatus einige Schleimpolypen, zwischen welchen Eiter hervorquillt. Durchspülung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang positiv. Temperatur 36,9—38,5, Puls 96.

18. XI. 1917. Da die Radikaloperation heute nicht vorgenommen werden kann, wird, da keine bedrohlichen Symptome bestehen, vorläufig eine Incision in der Augenbraue links gemacht, um dem Eiter Abfluß zu verschaffen und die Polypen werden aus der Nase entfernt.

19. XI. Nachts trat ein klonisch-tonischer Krampf auf von zirka drei Minuten Dauer, um 8 Uhr morgens hatte er wieder einen Krampfanfall,

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

dabei war er cyanotisch und der Puls war aussetzend. Es wird an einen Stirnhirnabsceß gedacht, doch keine Anzeichen eines solchen gefunden. Temperatur morgens 37,8, Puls 96.

Radikaloperation der Kieferhöhle nach Luc-Caldwell und der Stirnhöhle nach Killian.

In Intubationsnarkose nach Kuhn wird zuerst die Radikaloperation nach Killian ausgeführt. Die Stirnhöhle ist mit Eiter gefüllt, die Schleimhaut ist polypös. Die hintere Stirnhöhlenwand ist allenthalben intakt, nirgends ist eine Fistel oder eine erweichte Stelle zu sehen. Dadurch wurde die Vermutung, daß ein Stirnhirnabsceß bestünde, nicht gestützt, weshalb von einer Durafreilegung abgesehen wurde. Auch das Siebbein zeigt sich hochgradig erkrankt und wird vollkommen ausgeräumt. Nach Herstellung einer breiten Kommunikation mit der Nase wird die äußere Hälfte der Wunde genäht, die innere Hälfte offen gelassen und durch diese Lücke ein Drainrohr in die Nase geleitet, die Nase tamponiert und hierauf feucht verbunden. Als zweiter Akt wird die Radikaloperation der Kieferhöhle, deren Schleimhaut ebenfalls hochgradig geschwollen ist, ausgeführt.

23. XI. Pat. fühlt sich vollkommen wohl, seit der Operation keine Anfälle mehr, die Streifen und Nähte werden entfernt, das Drainrohr hat er sich gestern selbst aus der Nase herausgezogen; die Wunde ist bis auf den inneren Winkel geheilt, Temperatur normal, Puls 80.

27. XI. Er hat nachts mehrmals erbrochen, klagt über Kopfschmerzen, die linke Kopfseite ist auffallend klopfempfindlich, namentlich die Stirngegend, keine Bewußtseinsstörung, kein Kernig, keine Hauthyperästhesie, kein Nystagmus, Puls sehr verlangsamt, 60—48!, die Temperatur war normal, im Urin kein Eiweiß, kein Zucker, Urinmenge kaum 100 cm^3.

2. Operation: Narkose. Tamponade der Nase. Öffnen der Wunde der Stirn mit der Pinzette. Die Stirnhöhle ist mit Gerinnseln erfüllt. Zur besseren Zugänglichkeit wird in der Mitte der Augenbraue ein senkrechter Hilfsschnitt angelegt. Der normal aussehende Knochen der hinteren Stirnhöhlenwand wird auf Kronenstückgröße entfernt, die Dura ist normal. Punktion des Stirnhirns mit der Rekordspritze ergibt schon in geringer Tiefe dünnflüssigen hellgelben Eiter. Incision der Dura. Beim Eingehen mit der Kornzange stürzt massenhaft Eiter vor, nach Abfließen desselben sieht man in eine tiefe, längliche Höhle; dieselbe zeigt eine eigenartige Bewegung, sie verengt sich krampfartig zuerst hinten, die Verengerung schreitet rasch nach vorne fort, bis dann plötzlich die Höhle sich wieder klaffend öffnet. Drainage mit Glasdrain und Billrothbatiststreifen.

Der weitere Verlauf war ein glatter. Die Sekretion aus dem Absceß dauerte jedoch sehr lange Zeit, bis 20. XII., an. Die Stirnhöhle ließ ich von außen ausgranulieren, was ebenfalls sehr langsam vor sich ging, und machte am 31. II. 1918 die sekundäre Naht. Als Erreger fand sich in dem Absceßeiter Streptococcus mucosus in Reinkultur. Der bakteriologische Befund (Prof. Maresch) lautet: Ausschließlich Gram-positive Kokken in kurzen Ketten. Kultur: Auf Serumagar schleimige durchsichtige Kolonien von Streptococcus mucosus (Reinkultur).

Es handelte sich in dem Fall um einen durch Streptococcus mucosus hervorgerufenen Stirnhirnabsceß bei einer akuten Stirnhöhleneiterung. Die Fortleitung fand auf dem Lymphwege statt, wie wir dies bei den durch diesen Kokkus hervorgerufenen otogenen Komplikationen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebenfalls sehen. Knochen und Dura zeigten sich makroskopisch normal. Die ersten Symptome des Abscesses bestanden in kurzen Krampfanfällen, die den Verdacht auf einen Stirnhirnabsceß erweckten, welcher Verdacht aber durch den Operationsbefund nicht gestützt wurde. Erst die 8 Tage später einsetzende Pulsverlangsamung, das Erbrechen und die ausgesprochene Klopfempfindlichkeit der Stirngegend sicherten die Diagnose Stirnhirnabsceß. Andere Herdsymptome fehlten.

Aussprache.

Hr. W. Roth: Ich möchte die Erinnerung an einen ähnlichen Fall wachrufen, den ich vor mehreren Jahren in dieser Gesellschaft demonstriert habe und in welchem gleichfalls im Anschlusse an eine chronische Eiterung einer Stirnhöhle Absceßbildung im Gehirn aufgetreten war.

Es handelte sich um einen Fall, der seit längerer Zeit an Verstopfung der Nase litt und bei dem als Ursache derselben multiple Nasenpolypen und eine chronische Eiterung der Stirnhöhle konstatiert wurden. Die Polypen wurden entfernt und einige Tage darauf stellte sich an der Seite der bestehenden Eiterung über dem Augenbrauenbogen eine fluktuierende Geschwulst ein, an deren Rande man bei Betastung einen scharfen Knochenrand fühlen konnte. Dieser Befund drängte zur Annahme, daß es sich um Durchbruch der vorderen Wand der Stirnhöhle und Bildung eines Abscesses unter der Haut handle. Diese Ansicht wurde auch von weiland Prof. Albert, dem ich den Pat. vorstellte, geteilt. Der Pat. wurde operiert, doch da zeigte es sich zunächst, daß unter der Haut kein Eiter vorhanden war, sondern die Haut und das subcutane Zellgewebe erwiesen sich stark ödematös und dieses Ödem täuschte die Anwesenheit freier Flüssigkeit unter der Haut vor. Die vordere Wand der Stirnhöhle erwies sich unversehrt, es hatte somit kein Durchbruch derselben durch den Eiter stattgefunden. Nunmehr wurde die Stirnhöhle eröffnet und diese zeigte sich mit dickem Eiter erfüllt, die Schleimhaut derselben gewulstet, polypös entartet. Auch in diesem Falle war an der hinteren Wand der Stirnhöhle keine Veränderung zu sehen, nichtsdestoweniger wurde auch diese aufgemeißelt und die Dura normal befunden. Der Verlauf war aber ein ungünstiger. Der Pat., der wohl über starke Kopfschmerzen klagte, sonst aber keinerlei Hirnsymptome, weder Reiz- noch Lähmungserscheinungen, zeigte, kam ad exitum und bei der Obduktion fand man in beiden Stirnlappen fast hühnereigroße Abscesse, die mit ähnlichem dicken Eiter erfüllt waren wie die Stirnhöhle.

Dieser Fall zeigt nun deutlich zweierlei: erstens, daß ein so großer Absceß im Gehirn vorhanden sein kann, ohne daß Symptome von Seite des Gehirns die Anwesenheit eines solchen vermuten lassen, und zweitens, daß bei einer bestehenden Eiterung der Stirnhöhle ein Absceß im Hirn zustande kommen kann, ohne daß die hintere Wand der Stirnhöhle und der an dieselbe anstoßende Durateil irgendwelche pathologische Veränderungen zeigen; der Hirnabsceß war auch in meinem Falle nicht per contiguitatem, sondern durch Weiterleitung der Eiterkokken auf dem Wege der Lymphbahn entstanden.

Hr. O. Mayer (Schlußwort): Ich stimme Herrn Prof. Roth bei, daß Stirnhirnabscesse häufig keine Symptome machen. Ich selbst habe an der Grazer Klinik einen Fall beobachtet, bei dem multiple Abscesse

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Stirnhirn beiderseits vorhanden waren, die keine Symptome verursacht hatten.

3. **Zur Behandlung der Kiefercysten.**

Bei dem vorgestellten Manne wurde eine große Kiefercyste, welche sich sowohl in der Fossa canina als auch gegen den Nasenboden vorwölbte und welche die Kieferhöhle nach hinten oben verdrängt hatte, operiert, und zwar wurde die ebenfalls erkrankte Kieferhöhle mit der Cyste vereinigt und die typische Kommunikation in den unteren Nasengang angelegt.

Diese Methode habe ich bereits wiederholt mit Erfolg ausgeführt. Sie ist in letzter Zeit als neu von anderer Seite mitgeteilt worden, was offenbar irrtümlich ist, da sie schon in der ersten Auflage des Lehrbuches von Chiari (1902) beschrieben wird. Für kleine Cysten hat sich mir am besten die totale Exstirpation der Cyste nach Abtragung der vorderen Knochenwand bewährt.

Aussprache.

Hr. K. Kofler bemerkt, daß die erst jüngst wieder von Professor Mayerhofer in Innsbruck und seiner Schule als neu angegebene Methode der Anlegung einer Kommunikationsöffnung im unteren Nasengange bei größeren Kiefercysten und primärer Naht im Spatium praeorale entweder ohne oder nach vorausgegangener Vereinigung der Cystenhöhle mit der Kieferhöhle schon seit vielen Jahren an der Klinik regelmäßig geübt wird. Nur bei kleinen Kiefercysten wird noch nach Partsch operiert.

Hr. K. Menzel bemerkt, daß auch Prof. Hajek und seine Schule seit länger als einem Jahrzehnt Kiefercysten, welche vorne gegen die Nasenhöhlen zu gelegen sind, mittelst Anlegung einer Kommunikation gegen die Nasenhöhle bzw. gegen die Kieferhöhle zu und primärer Vernähung der Incisionswunde in der Schleimhaut der Fossa canina mit bestem Erfolg operiert.

III. Hr. G. Hofer demonstriert einen Fall von **submucöser Trachealknorpelresektion wegen Trachealstenose.**

M. H.! Ich zeige Ihnen hier einen 28jährigen Pat. Derselbe wurde schon vor zirka 25 Jahren von weiland Prof. Stoerk wegen Papillome des Kehlkopfs operiert, und zwar mittelst Laryngofissur. Pat. trug damals längere Zeit hindurch eine Kanüle, die aber später entfernt wurde. Bis zu seinem 26. Lebensjahr hatte Pat. relativ wenig Beschwerden, erst in letzter Zeit traten starke Atembeschwerden, besonders nachts beim Liegen, auf. Pat. wurde in das k. u. k. Garnisonsspital Nr. 2 abgegeben. Hier wurden von Doz. Hirsch subglottische Papillome festgestellt und dem Pat. die Laryngofissur vorgeschlagen. Pat. verweigerte die Operation und wurde vom Garnisonsspital Nr. 2 an unsere Klinik gewiesen.

Bei der Untersuchung konnte ich eine starke Einknickung der linken Wand der Luftröhre in der Höhe des zweiten bis vierten Ringes feststellen; daselbst war auch die Ringzeichnung undeutlich zu sehen. An der Oberfläche der Schleimhaut befand sich ein aufgelockertes Papillom, das bei der indirekten Laryngoskopie wie Granulationsgewebe aussah. Da so ein genauer Befund nicht erhoben werden konnte, nahm ich zwei Tage nach der ersten Untersuchung die direkte Laryngoskopie vor und fand Folgendes:

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Die linke Wand der Luftröhre ist in der Höhe des dritten Knorpelringes stark nach einwärts gedrängt, die rechte Wand ebenfalls, aber nur leicht, auf der Kuppe der linksseitigen Vorwölbung sieht man ein ziemlich breit aufsitzendes Papillom.

Die neuerdings dem Pat. vorgeschlagene Operation wurde am 21. II. 1918 von mir ausgeführt.

Nach Spaltung des Kehlkopfes konnte der Befund der direkten Laryngoskopie bestätigt werden. Ich ging nun daran, das breit aufsitzende Papillom mit dem scharfen Löffel zu entfernen. Danach zeigte sich aber die Kompression der Luftröhre noch immer so hochgradig, daß eine spätere freie Atmung als nicht wahrscheinlich zu erwarten war. Ich führte nunmehr eine submucöse Trachealresektion aus, und zwar derart, daß der dritte und vierte Knorpelring der linken Trachealwand nach Abpräparieren der Trachealschleimhaut entfernt wurde. Hierauf wurde die Trachealwunde zu einem Tracheostoma umgestaltet, austamponiert und der Pat. mit Kanüle versorgt. Der Pat. erholte sich nach kurz andauernder Fiebersteigerung rasch. Die Herren sehen hier das noch offene Tracheostoma, das die hochgradige Kompression, die vor der Operation bestanden hatte, vermissen läßt, und in dem nunmehr eine normal weite Trachea sichtbar ist. Es erscheint jetzt schon möglich, das Stoma zu schließen, und der probeweise Verschluß desselben ergibt eine reine Stimme und vollkommen freie Atmung.

M. H.! Die submucösen Knorpelresektionen im Bereiche der oberen Luftwege sind ziemlich zuerst von Sargon und Toubert zur Methode erhoben worden, welche die submucöse Entfernung der Aryknorpel ausgeführt hatten. In neuester Zeit hat Herr Kofler in einem Falle von Fixation beider Stimmlippen in der Medianlinie nach doppelseitiger abgelaufener Perichondritis crico-arytaenoidea die Methode dahin erweitert, daß er auf einer Seite eine submucöse Entfernung der Stimmbandweichteile mit samt dem Aryknorpel vornahm. Dieser Fall ist allerdings noch nicht fertig behandelt, jedoch verspricht das Resultat schon jetzt, ein gutes zu werden.

Bei der submucösen Entfernung der Trachealknorpel, deren methodische Anwendung meines Wissens noch nicht gemacht wurde und die ich in dem vorliegenden Falle zuerst ausführte, waren mir auch die Erfahrungen bei den hochgradigsten Malacien der Trachea infolge von Kompression durch Strumen besonders gegenwärtig.[1]) Hier ist das Knorpelgerüst der Trachea durch Druck atrophisch, die Kompressionsstenose aber schwindet nach der Entfernung der komprimierenden Struma, und zwar derart, daß die bindegewebige, membranöse Trachealwand wie die Leinwand in einem Rahmen ausgespannt wird und so eine vollständig glatte, gerade Trachealwand resultiert. Diese submucösen Trachealresektionen erscheinen für gewisse Fälle von umschriebeneren Stenosen — in unserem Falle handelte es sich um eine narbige Knickung der Trachea nach einer im Kindesalter ausgeführten Fissur — mit gutem Erfolge anwendbar.

---

[1]) Siehe die Demonstration eines Falles von hochgradiger Tracheomalacie druch Struma (Hofer, Sitzung der Laryngo-rhinologischen Gesellschaft am 8. I. 1918) und die Arbeit Denk und Hofer, Volkmanns Arch., Festschrift für Hofrat v. Eiselsberg, betitelt „Tracheomalacie und Struma".

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Aussprache.

Hr. K. Kofler: Ich erlaube mir mitzuteilen, daß ich vor einiger Zeit ein ähnliches Vorgehen bei einem jungen Pat. mit Larynxstenose nach Hufschlag eingeschlagen habe. Die Stimmlippen waren nach abgelaufener doppelseitiger Perichondritis crico-arytaenoidea in der Medianlinie derart fixiert, daß man bei der Spiegeluntersuchung von einer Glottis selbst bei tiefer Inspiration und zugehaltener Kanüle kaum sprechen konnte. Nach Anlegen eines Laryngostomas und Zuwarten durch längere Zeit schritt ich zur submucösen Excision der Weichteile der linken Stimmlippe der ganzen Länge nach von vorne bis hinten mit Schonung des Schleimhautüberzuges und gleichzeitig zur Ausschälung des linken Aryknorpels, von der Annahme ausgehend, daß dadurch erstens eine Volumsverminderung der Stimmlippe, sodann eine narbige Retraktion nach außen und damit eine Vergrößerung des Lumens eintreten werde. Der Erfolg verspricht ein sehr guter zu werden, indem heute schon eine beträchtliche Konkavität an der operierten Seite an Stelle der früheren Medianstellung der Stimmlippe zu sehen ist. Ich habe, wie sich die Herren erinnern werden, vor 3 oder 4 Jahren in einer der Sitzungen dieser Gesellschaft eine Pat. vorgestellt, die an doppelseitiger Posticusparalyse nach Strumektomie litt und durch ihr geräuschvolles Atmen beim Schlafen die Ruhe der anderen Patienten störte. Die Glottis war bei der Inspiration zirka 1 *mm* breit. Ich führte bei der Pat. die Tracheotomie aus und kauterisierte dann später die linke Stimmlippe weitab vom Rande an ihrer Basis der ganzen Länge nach, von derselben Erwartung ausgehend, daß dadurch eine narbige Retraktion des freien Randes der Stimmlippe nach außen und damit eine Vergrößerung des Glottislumens eintreten werde. Meine Erwartung ist auch in gewissem Maße eingetroffen, indem die Glottis durch Konkavwerden des Stimmlippenrandes infolge Narbenzug schließlich in der Mitte zirka $2^1/_2$ *mm* weit wurde. Pat. konnte seither leichter atmen und auch ruhig und geräuschlos schlafen. Die Stimme hatte sich allerdings, aber kaum merklich, verschlechtert. Die von anderen Autoren in solchen Fällen versuchte Abtragung einer Stimmlippe hat sich nicht bewährt, weil die Wundfläche sich bald mit zahlreichen Granulationen bedeckte, so daß später der Defekt wieder ausgeglichen wurde, womit die frühere Enge der Glottis resultierte.

Hr. G. Hofer (Schlußwort): Die von Herrn Kofler erwähnte narbige Schrumpfung mit Traktion der Larynxschleimhaut nach außen bei dem von ihm zuerst angeführten Falle von submucöser Resektion der Stimmbänder dürfte wohl auf ganz richtiger Überlegung beruhen, für die Fälle von submucöser Trachealresektion hingegen scheint nach meiner Erfahrung in einem Falle hochgradiger Tracheomalacie der Vergleich mit der im Rahmen ausgespannten Leinwand der richtige zu sein. In diesem Falle war nach Dislokation der Schilddrüse im Bereiche der Umgebung der malacischen Wand nur ein großer Hohlraum, und doch glättete sich die membranöse Partie der Trachea ohne narbige Schrumpfung in der Umgebung.

IV. Hr. K. Kofler demonstriert 1. einen 62jährigen Pat., dem vor Jahren der ganze Larynx wegen Carcinom entfernt worden war und der jetzt über starke Atembeschwerden klagt, die im Laufe eines Jahres be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständig zugenommen haben. Das Tracheostoma ist weit, die Schleimhaut daselbst von Epidermis ersetzt. Die direkte untere Tracheoskopie zeigt ein sonderbares Bild. Sowohl bei der Inspiration als auch bei der Exspiration sieht man zahlreiche halbbohnengroße buckelartige Vorsprünge an der ganzen Peripherie sich einander bis fast zur Berührung nähern. Die Schleimhaut ist rauh, trocken, teilweise durch Epidermis ersetzt. Pat. leidet an einem beträchtlichen Emphysem der Lungen. Es handelt sich in diesem Falle vielleicht um eine Beschränkung des Tracheallumens durch mehrfache circumscripte **Einbuchtungen der Ligamenta annularia durch die emphysematöse Lunge,** möchte aber diese Anschauung nur mit Vorsicht äußern, die weitere Beobachtung und der weitere Verlauf dürften Klarheit in die Sache bringen.

2. die Pat. Hermine B., der **mittelst Hypopharyngoskopie eine Nähnadel aus dem Hypopharynx entfernt wurde.** Ich sichtete die Nadel im untersten Anteil des Hypopharynx unter Anwendung der v. Eicken schen Hypopharyngoskopie; bei der gewöhnlichen Laryngoskopie war sie nicht zu sehen. Sie stak tief in der Schleimhaut der Hinterfläche des rechten Aryknorpels, war quer von links nach rechts gelagert und stand mit dem Öhr $^1/_2$ *cm* weit heraus. Da Pat. von vornherein nur einen geringen Rachenreflex hatte, andrerseits aber zu befürchten stand, daß selbst bei vorsichtiger Anwendung eines oesophagoskopischen Rohres oder eines Röhrenspatels die Nadel im Gewebe verschwinden oder in dasselbe hineingetrieben werden könnte, entschloß ich mich zum Versuche, den Fremdkörper mittelst Hypopharyngoskopie einzustellen und mit einer Larynxpinzette zu extrahieren. Da man nun bei der Hypopharyngoskopie keine Hand frei hat, blieb nichts anderes übrig, als den Larynxspiegel einer zweiten Person zum Halten zu übergeben. Es gelang mir auf diese Weise leicht und schnell, die Nadel zu fassen und zu extrahieren. Meines Wissens ist dies der erste Fall der Entfernung eines Fremdkörpers aus dem unteren Rachenabschnitt mit Hilfe der Hypopharyngoskopie.

3. das **Präparat eines Tracheo-Bronchialtumors** (Carcinom) rechts mit Metastase im rechten Keilbein.

Personalien.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Alfred Brüggemann (Gießen) für Oto-Laryngo-Rhinologie, zum außerordentlichen Professor.

Berufen: Priv.-Doz. für Nationalökonomie Dr. Franz Oppenheimer, früher praktischer Arzt und Laryngologe in Berlin, an das an der Universität Frankfurt am Main errichtete Ordinariat für Soziologie.

Habilitiert: Dr. Artur Blohmke für Ohrenheilkunde in Königsberg.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. v. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Bücherbesprechungen.

Seite

Wiener Medizinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch für praktische Ärzte 55

Referate.

I. Allgemeines 55
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 58
III. Labyrinth und Hörnerv 59
IV. Otochirurgie 63

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sitzungen vom 6. Februar und 10. April 1918 . . . . . 65—80

Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien
Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.
Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.
•• Neueste Konstruktionen. ••
•••• Man verlange Spezialofferte. ••••

Ergebnisse der

Abteilung für Hör-, Sprach-, Stimmstörungen

und Tracheotomierte vom Kriegsschauplatz mit einem rhino-laryngologischen Anhang

von Prof. Dr. **A. Onodi,**

Direktor der rhino-laryngologischen Universitätsklinik in Budapest, Mitglied der ungarischen Akademie der Wissenschaften.

Mit 97 Textabbildungen.

K 10.50 + 20%, **gebunden K 15.**— + 30% Teuerungszuschlag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

SUPRARENIN

(o-Dioxyphenyläthanolmethylamin)

Mächtiges

Adstringens **Hämostatikum** **Kardiotonikum**

Eigenschaften:

Chemisch rein, gut haltbar, zuverlässig, konstant wirksam.

Indikationen und Dosierung:

INJEKTIONEN: Zusatz zu Lokalanästheticis; Blutungen, toxische Blutdrucksenkung, Kollaps, Asthma, Osteomalazie usw.
0,05—1 ccm der Solutio 1:1000—10000.

INTERN: Interne Blutungen, bazilläre Dysenterie, Vomitus gravidarum, Pertussis, Urticaria usw.
1—4 ccm der Solutio 1:1000 bzw. 1—4 Tabletten zu 1 mg.

EXTERN: Lokale Blutungen und Entzündungen, Tubenkatarrh und blutende Mittelohrpolypen, Nebenhöhlenempyem, Epistaxis, Heufieber, Pruritus, Ekzeme. Bei Asthma als Inhalationsspray. Ferner zur diagnostischen Abschwellung.
1:1000—10000 als Lösung, Salbe, Schnupfpulver, Spray.

Originalpackungen:

LÖSUNG 1:1000. Flaschen mit 5, 10 u. 25 ccm. 10 Ampullen zu 0,5 bezw. 1 ccm.

TABLETTEN 1 mg. Röhrchen mit 20 Stück.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., **Wien, VIII/2.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

In unserem Verlage erschien soeben:

Handbuch der Krankenpflege.

Unter Mitarbeit der Herren Prof. Dr. J. Tandler, Prof. Dr. C. Schwarz, Prof. Dr. A. Fröhlich, Priv.-Doz. Dr. L. Adler, Prof. Dr. W. Knöpfelmacher, Prof. Dr. E. Salmann, Dr. I. Lamberg in Wien

herausgegeben von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Mit 182 zum Teil farbigen Textabbildungen.

Preis M 10.— = K 12.— + 20%, gebunden M 11.50 = K 13.80 + 30% Teuerungszuschlag.

Verlag von URBAN & SCHWARZENBERG, Wien, I., Maximilianstraße 4.

Soeben erschien:

Wiener Medizinal-Kalender

und

Rezept-Taschenbuch
für praktische Ärzte.

Zweiundvierzigster Jahrgang. **1919.** Zweiundvierzigster Jahrgang.

Dauerhaft gebunden mit freier Postzusendung 6 K 40 h.

Der bewährte Ruf dieses, nun schon zum 42. Male erscheinenden Kalenders gründet sich vornehmlich auf die ungemein brauchbar angeordnete und vorzüglich zusammengestellte Rezeptsammlung und die praktische Auswahl der übrigen Beigaben.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie.

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft.

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien). Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. v. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg,

V. URBANTSCHITSCH
Wien.

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien.

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien.

53. Jahrgang. 2. Heft.
(Februar.)

URBAN & SCHWARZENBERG
BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b
WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4
1919.

Monatlich erscheint 1 Heft.

Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

☛ *Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr.* ***Ernst Urbantschitsch, Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr. H. Marschik, Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.***

Inhaltsverzeichnis.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Seite

Den Manen O. v. Chiaris 81

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Trauersitzung für den verstorbenen Präsidenten der Wiener Laryngo-rhinologischen Gesellschaft Hofrat Prof. Dr. Ottokar Frh. v. Chiari am 22. Mai 1918 95

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sitzung vom 5. Juni 1918 99

Österreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik. Sitzungen vom 7. März, 4. April und 5. Dezember 1916 . . . . . 109—110

Referate.

I. Allgemeines 111

II. Nase und Nebenhöhlen 111

III. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse 111

IV. Kehlkopf 111

V. Trachea, Bronchien, Oesophagus 111

VI. Hals, Schilddrüse, Thymus, Mediastinum 112

VII. Stimme und Sprache 112

Chem. reine, säurefreie Wasserstoffsuperoxydlösungen

aus

PERHYDROL

sind empfohlen

zur **Desinfektion** und Blutstillung nach Operationen in Nase und Hals

zur **Prophylaxe** infektiöser Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle

zur **Behandlung** von eitriger Mittelohrentzündung und chronischem Ohrausfluß

zur **Entfernung** von Fremdkörpern aus dem Gehörgange.

Spezialliteratur über Perhydrol zur Verfügung.

E. MERCK, DARMSTADT.

☛ **Den diesem Hefte beiliegenden Prospekt der Medizinischen Verlagsbuchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien über „Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde" empfehlen wir besonderer Beachtung.** ☚

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

In unserem Verlage erschien soeben:

Klinische Beiträge
zur
Ohrenheilkunde.

Festschrift
zur
Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers,
des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik
Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch
in Wien
von seinen Kollegen, Schülern und Freunden.

Mit 11 Doppeltafeln und 86 teils farbigen Figuren.

Preis M 40.— = K 72.—.
(Für die Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.)

Inhaltsverzeichnis.

Die Histologie der indirekten traumatischen Labyrinthverletzung durch Schädelschuß. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. G. Alexander. (Mit 4 Figuren im Text und 8 Figuren auf Tafel I.)
Das Gehörorgan eines kretinösen Hundes. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. G. Alexander. (Mit 2 Figuren im Text und 13 Figuren auf Tafel II und III.)
Die Kohlenoxydneuritis des Hörnerven. Von Prof. Dr Ferdinand Alt.
Theoretisches zur Funktion der Bogengänge und speziell des Flocculus beim Kaninchen. Von Prof. Dr. Robert Bárány. (Mit 20 Figuren im Text.)
Ein Beitrag zur Kasuistik des otitischen Hirnabscesses. Von Dr. S. Belinoff.
Zum Thema: Gehörprothesen. Von Prof. Dr. Albert Bing.
Mittelohreiterung und Gravidität. Von Dr. Gustav Bondy und Dr. Heinrich Neumann.
Histologische Untersuchung der Felsenbeine eines zu Lebzeiten diagnostizierten Falles von beiderseitiger knöcherner Stapesankylose (Otosklerose). Von Dr. Gustav Brühl. (Mit 2 Figuren im Text.)
Beiträge zur Kenntnis der unteren Olive bei den Säugetieren. Von Dr. Hans Brunner. (Mit 23 Figuren im Text.)
Über Gehörschäden bei Kopfverletzungen. Von Oberarzt Dr. Franz Fremel.
Zur Frage der Resektion der Pyramide. Von Stabsarzt Privatdozent Dr. Hugo Frey. (Mit 1 Figur im Text.)
Die sprachärztliche Therapie im Kriege. I. Teil: Die Aphasien. Von Privatdozent Dr. Emil Fröschels.
Über den Einfluß von Reizungen des Kleinhirns auf den vestibulären Nystagmus. Von Dr. Siegfried Gatscher.
Geheilter symptomloser Schläfenlappenabsceß mit Kriegsneurose kombiniert. Von Professor Dr. Gerber.

(Fortsetzung umstehend.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Fall von Riesenwuchs beider Schläfebeine. Von Prof. Dr. J. Habermann. (Mit 2 Figuren im Text.)

„Angeborene und erworbene" Taubstummheit. Von Dr. H. Herzog.

Über indirekte Kriegsverletzungen des Gehörorgans durch Luftdruck infolge Granat-, Schrapnell- und Minenexplosionen, Abfeuerns schwerer und schwerster Granaten und Platzens von Bomben. Von Oberstabsarzt Dozent Dr. Ig. Hofer.

Ein Fall von Syndroma Bárány mit Lumbalpunktion und Craniotomie behandelt. Von Prof. Dr. Gunnar Holmgren.

Beitrag zur Entstehung des nichtentzündlichen Ohrschmerzes. Von Prof. Dr. F. Kretschmann.

Kriegserfahrungen über die Explosionsschädigungen des Ohres. Von Oberstabsarzt Dr. Sigmund Lawner.

Kann von der Substanz des Kleinhirns direkt rhythmischer Nystagmus erzeugt werden? Von Dozent Dr. Rudolf Leidler.

Zur Kenntnis und Heilung der Hör- und Sprachstörungen bei den Neurosen. Von Stabsarzt Dr. Oskar Mauthner.

Kasuistischer Beitrag zur Erkrankung des Nervus acusticus im Gefolge von Scarlatina. Von Dr. Emanuel Max.

Ein Fall von kretinischer Taubstummheit. Von Dozent Dr. Otto Mayer.

Die Prognose der otogenen Sinusphlebitis. Von Holger Mygind.

Der Einfluß intragluteal er Proteinkörperzufuhr auf den Verlauf akuter Mittelohrentzündungen. Von Dr. Maximilian Rauch.

Zur Pathologie der Labyrinthatrophie. Von Dr. Maximilian Rauch. (Mit 8 Figuren auf Tafel IV und V.)

Operatives Verfahren zur Beseitigung der erworbenen bindegewebigen Atresie des Gehörganges. Von Dozent Dr. Erich Ruttin.

Über das Lumen, die Gestalt und den Verlauf des Ductus reuniens Henseni beim erwachsenen Menschen. Von Prof. Dr. F. Siebenmann und Dr. Ono. (Mit 3 Figuren im Text und Figuren auf Tafel VI und VII.)

Zur Ätiologie der otogenen Spätmeningitis (Meningoencephalitis). Von Dr. Konrad Stein.

Zur Frage der Verkürzung der Kopfknochenleitung bei Lues. Von Dr. Konrad Stein und Dr. A. Cemach. (Mit 1 Figur im Texte.)

Über das abweichende Verhalten Erwachsener bei beginnendem Stottern in Bezug auf die drei Froschelsschen Stadien des kindlichen Stotterns. Von Dr. Leopold Stein.

Zur Frage der Ausheilungsmöglichkeit der eitrigen Meningitis. Von Stabsarzt Prof. Dr. Hermann Streit.

Über die Lokalisation von Geräuschen im Wasser. Von Dozent Dr. Ernst Urbantschitsch.

Experimentelle Studien über die Beziehungen der Liquorsekretion und der Liquorzusammensetzung zu einigen Erkrankungen des inneren Ohres. Von Dr. K. Wittmaack. (Mit 18 Figuren auf Tafel VIII, IX, X und XI.)

BESTELLSCHEIN.

Ich bestelle hiemit aus dem Verlage von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien:

1 Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Festschrift.

Preis **M 40.— = K 72.—.**

(Für die Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.—.)

Betrag sende ich ein — ist meinem Konto zu belasten.

(Nichtgewünschtes bitte zu streichen.)

Erfüllungsort:

Ort und Datum: .....

Name: .....

Der derzeitige Teuerungszuschlag beträgt auf die angesetzten Preise 20% für ungebundene und 30% für gebundene Werke.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 2. Heft.

Nachdruck verboten.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Den Manen O. v. Chiaris.

Über ein halbes Jahr deckt O. v. Chiaris irdische Hülle nun schon die kühle Erde. Aber noch ist der erschütternde Eindruck seines plötzlichen Hinscheidens nicht vergessen, noch waltet in der verwaisten Klinik sein Geist, und immer schöner leuchtet uns sein Bild in der Erinnerung. Die widrigen Umstände, die mich verhinderten, an seiner Bahre zu weilen, haben auch diese Zeilen teilweise verzögert, und doch stehe ich nicht an, als sein langjähriger Schüler, wie als Redakteur dieser Zeitschrift erst jetzt ihm die letzten Grüße ins Grab nachzusenden. Gilt es doch, ihm an dieser Stelle, dem Organ der Wiener Schule, das bisher seinen Namen trug, dem er stets tatkräftige Förderung zuteil werden ließ, ein bleibend Denkmal zu setzen.

Ottokar Chiari[1]) wurde am 1. Februar 1853 in Prag geboren. Sein Vater, ein berühmter Prager Frauenarzt, der in der letzten Zeit seines Lebens in Wien am Josephinum Frauenheilkunde lehrte, wurde schon im Jahre 1854 von der Cholera dahingerafft. O. v. Chiari absolvierte das Schottengymnasium in Wien und wurde 1877 zum Doktor der gesamten Heilkunde promoviert. Seine Lehrer waren Hyrtl, Skoda, Brücke, Rokitansky, Hebra. Bald darauf trat er als Operateur in die chirurgische Klinik Dumreichers ein, wo er bis 1879 verblieb und auch Assistentendienst versah. Nun wandte er sich endgiltig der Laryngologie zu und wurde Assistent bei Schrötter (bis 1881). Schon 1882 habilitiert, wußte er sich an der Klinik Nothnagel ein Ambulatorium einzurichten, das sich bald eines steigenden Zulaufes erfreute. Später bekam er ein eigenes Ambulatorium im Direktionsgebäude des Allgemeinen Krankenhauses. 1891 zum außerordentlichen Professor er-

[1]) Unter teilweiser Benützung der Nachrufe Harmers und Hanszels.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nannt, erhielt er 1892 als Nachfolger Schnitzlers die Leitung der laryngologischen Abteilung an der Poliklinik. In rastloser Arbeit hat er dort die Abteilung zu ungeahnter Blüte gebracht und durch seine hervorragende Lehrtätigkeit in zahlreichen Ärztekursen den Grund zu seiner internationalen Berühmtheit gelegt. Nach Stoerks Tode 1899 wurde er mit der Leitung der laryngologischen Universitätsklinik betraut und 1900 definitiv zum Vorstand derselben ernannt. Er wurde 1907 ordentlicher Professor, erhielt 1908 den Hofratstitel und wurde 1917 in den Freiherrnstand erhoben.

O. v. Chiaris überragende Bedeutung liegt darin, daß er frühzeitig bemüht war, der Laryngologie, die einst nur ein Nebenfach der internen Medizin war, zur Selbständigkeit zu verhelfen, die Rhinologie, ehedem ein Teilfach der Otologie, anzugliedern und das Ganze zu einem Teilfach der Chirurgie zu gestalten, wo es seinem Wesen nach auch hingehört. An dem Aufschwung, den die Laryngo-Rhinologie während seines Lebens genommen hat, hat er hervorragenden Anteil. Schon in den ersten Jahren seiner wissenschaftlichen Tätigkeit erscheinen Arbeiten über rhinologische Themen. Obwohl als Schüler Schrötters reiner Laryngolog, war er von seiner Habilitierung an bestrebt, der Rhinologie den gebührenden Platz in seinen Studien und in seiner wissenschaftlichen Tätigkeit zu verschaffen und sie ganz mit der Laryngologie zu einem einheitlichen Fach auszugestalten, die oberen Luftwege, ein ihrem Bau und ihrer Physiologie nach einheitliches Organ oder System, auch in ihrer wissenschaftlichen und pädagogischen Geltung vereinigt und einheitlich zu erhalten. Als äußeres Zeichen des Erfolges seiner Bemühungen erlangte er für die ehedem „Laryngologische Klinik“ genannte Lehrkanzel den Titel „Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten“, setzte er durch, daß die Wiener Laryngologische Gesellschaft sich in Laryngo-rhinologische Gesellschaft umbenannte. Den größten Gewinn für die Laryngologie aber bedeutete es, daß er als Abteilungsvorstand an der Poliklinik, durch seine chirurgische Vorbildung bei Dumreicher hiezu befähigt, es unternahm, die chirurgischen Eingriffe des Faches selbst auszuführen, vor allem aber sich der operativen Behandlung des Larynxkarzinoms zuzuwenden. Während auf der Klinik Stoerk zu jeder Tracheotomie noch ein Fachchirurg herbeigerufen wurde, hat Chiari bereits Laryngofissuren und Kehlkopfexstirpationen an der Poliklinik vorgenommen. In der Verfolgung dieser so bedeutsamen neuen Richtung seines Spezialfaches hat er nach Übernahme der Leitung der Klinik die Einrichtung eines geeigneten Operationssaales durchgesetzt und ebenso bei Bau und Einrichtung der neuen Klinik sich die den Anforderungen der modernen Chirurgie entsprechende Einrichtung der Operationssäle angelegen sein lassen. Auch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf dem Gebiete der Rhinologie hat er sich frühzeitig den großchirurgischen Eingriffen zugewendet und speziell den eigenartigen Angiofibromen, jener in der übrigen Chirurgie kein Analogon aufweisenden Gattung von Nasenrachentumoren sein Interesse geschenkt, deren so blutige und gefährliche Operation die ganze Kunst des Spezialisten wie des ausgebildeten Fachchirurgen erfordert. Als Gluck mit seiner berühmten neuen Methode der Operation des Larynxkarzinoms hervortrat, hat Chiari nicht gesäumt, diese Methode auch auf seiner Klinik zu erproben und auf immer schwierigere Fälle anzuwenden, die ehedem auch von namhaften Chirurgen abgelehnt worden waren. Durch seine Methode der Hypophysenoperation hat er gezeigt, daß es der Spezialdisziplin vermöge ihrer genauen und intensiven Kenntnis der feineren Anatomie und Physiologie der inneren Nase vorbehalten war, eine Standardmethode zu schaffen, die mit dem breitesten Zugang zu diesem so versteckten Organ weitgehende Erhaltung der für die Physiologie der oberen Luftwege so wichtigen Teile der inneren Nase verbindet, also möglichst wenig verstümmelnd wirkt. Wenn heute die Laryngo-Rhinologie ein rein chirurgisches Fach geworden ist, wenn sie die gesamte Chirurgie dieses Gebietes bis zu den größten Eingriffen nicht nur an sich gebracht, sondern auch produktiv gefördert und vorwärts gebracht hat — ich erinnere nur an die großen, ausgedehnten Larynx- und Pharynxresektionen mit Ausräumung sämtlicher Halslymphdrüsen, Operationen, welche bezüglich der Schwierigkeit, subtilen Arbeit und der technischen Anforderungen den größten Eingriffen an anderen Körperteilen an die Seite zu stellen sind — wenn die Chirurgie heute von den Laryngologen den weiteren Ausbau auf diesem Gebiete mit Zuversicht erwartet und auch schon manche wichtige Anregung für die Allgemeinchirurgie von ihnen empfangen hat, so ist dies zum großen Teil Chiaris Werk und Verdienst.

Es ist begreiflich, wenn Chiari, der persönlich den gewaltigen Aufschwung und die Ausdehnung der Laryngo-Rhinologie erlebt und selbst soviel dazu beigetragen hatte, der vor allem die Einverleibung der gesamten Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege, dann der Bronchound Oesophagoskopie in das Spezialfach überblickte und die Unsumme an Aufgaben sah, die damit dem Fach entstanden waren, einer Fusion mit der Otologie abhold war, nicht für den praktischen Arzt, wohl aber für den Kliniker und für das Lehramt. Er konnte sich nicht denken, daß der Vorstand einer Lehrkanzel beide Fächer gleich vollkommen beherrschte und Zeit und Wege fände, sie den Schülern in gleichem Ausmaße zu vermitteln. Mit diesem Standpunkt sah er sich allerdings im Laufe der Zeit, namentlich von seiten seiner reichsdeutschen Kollegen, mehr und mehr isoliert, und schon auf dem Laryngologentag 1914 vermochte er für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine Resolution zu gunsten des Fortbestehens der prinzipiellen Trennung der beiden Fächer nicht mehr die genügende Majorität zustande zu bringen. Der Entwicklung beider Fächer, sowie der gesamten Studienordnung und Fachwissenschaft in der Zukunft muß es vorbehalten bleiben, in dieser Frage zu einem abschließenden Urteil zu kommen.

Mit der Übernahme der Leitung der Klinik wandte er sich mit ganzer Begeisterung der Fürsorge für dieses Institut zu, ihr blieb er bis an sein Lebensende treu. Die Klinik war ihm wie ein zärtlich geliebtes Kind, ihr galt all sein ferneres Denken und Fühlen, ihr kam all sein persönlicher Einfluß, seine Stellung und Beliebtheit in der wissenschaftlichen Welt und bei den Behörden zugute. So sah er nach kaum mehr als zehnjährigem Bemühen sein Lebenswerk, die Ausgestaltung der Klinik und damit des ganzen Spezialfaches, herrlich gekrönt: nachdem er schon bald nach Antritt seiner Lehrtätigkeit an der Klinik der leidigen Beschränktheit der Räume — in drei kleinen Zimmern war die ganze Klinik, Krankenzimmer, Behandlungs- und Lehrräume, vereinigt, Kurse und Ambulanz mußten am Krankenzimmer gehalten werden — dadurch abgeholfen hatte, daß er die Räume des ehemaligen ärztlichen Lesezimmers für Ambulanz- und Unterrichtszwecke erhielt, wodurch die Einrichtung eines eigenen Operationssaales und eines Dunkelzimmers für endoskopische Untersuchungen möglich wurde, erlangte er endlich die Zusicherung der Aufnahme seiner Klinik in das Bauprogramm der zweiten Gruppe von Neubauten auf dem Areale der ehemaligen Landesirrenanstalt. Seiner Energie und seinem unermüdlichen Drängen ist es zu danken, daß die Klinik aus beengenden, zuletzt unhaltbaren Verhältnissen 1911 in den Prachtbau übersiedeln konnte, der ihr jetzt, beneidet und angestaunt, mit den modernsten Behelfen für Krankenpflege, Unterricht und wissenschaftliche Forschung ausgestattet, freie Entwicklung gewährt und den Anforderungen des gesteigerten Krankenzuspruches und des stetig wachsenden Besuches von Studenten und Ärzten gerecht wird.

Von diesen in zahlreichen Publikationen festgelegten Eckpfeilern des wissenschaftlichen Lebenswerkes Chiaris abgesehen, bezeugt uns das vorliegende Verzeichnis von 150 Nummern nicht nur die Fruchtbarkeit, sondern auch die Vielseitigkeit und Universalität seines Schaffens. Kaum ein Gebiet, kaum eine Erkrankung, kaum eine der Richtung gebenden Errungenschaften und Probleme der neueren Laryngo-Rhinologie dürfte zu finden sein, zu denen Chiari nicht Stellung genommen, die er nicht mit der ihm eigenen großen Erfahrung, strengen Objektivität und Sachlichkeit beleuchtet hätte. Man überschritte weit den Rahmen eines Nachrufes, wollte man der wissenschaftlichen Tätigkeit Chiaris nur einigermaßen gerecht werden. So seien nur einige Themen genannt, mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denen er sich vorzugsweise beschäftigt hat. Einen breiten Raum unter seinen Arbeiten nehmen die entzündlichen Erkrankungen des Kehlkopfs, speziell ihre verschiedenen Formen an den Stimmbändern, auch die verschiedenartigen Geschwülste und Geschwülstchen, wie Polypen, Fibrome, Zysten, Angiome etc. ein, die er wiederholt in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht studiert hat. Ebenso hat er sich, aus der Schule Schrötters hervorgegangen, seit jeher mit besonderem Interesse der Dilatationsbehandlung der Kehlkopfstenosen zugewendet. An weiteren laryngologischen Themen sind die Arbeiten über Lymphosarkom, Lupus und Tuberkulose hervorzuheben. Zahlreich sind, wie schon oben betont, die Arbeiten über rhinologische Fragen. Wir heben hervor die Publikationen über Nebenhöhleneiterungen, Rhinosklerom und Tumoren der Nasenscheidewand. Auf eine Publikation über die Bedeutung der Probeexzision für die Frühdiagnose des Larynxkarzinoms (Stückchendiagnose) sei besonders hingewiesen. Die gewaltige Bereicherung unserer Spezialdisziplin durch die Fortschritte der direkten Untersuchungsmethoden, insbesondere Broncho- und Oesophagoskopie kommt in einer Reihe von Veröffentlichungen auch aus seiner Feder zum Ausdruck. Noch in seiner letzten Veröffentlichung hat er sich mit der ganzen Kraft seiner wissenschaftlichen Geltung für die unter andern an seiner Klinik erzielten Erfolge in der Vakzinebehandlung der Ozaena und ihre Bedeutung für das ätiologische Problem dieser Krankheit eingesetzt. Ihm verdankt die Laryngologie als Frucht seiner rastlosen Arbeit manche Methode, viele Instrumente; ich erinnere nur an die jedem Spezialisten geläufige Methode der Eröffnung des Peritonsillarabscesses (der sogenannte Chiarische Punkt) und seine Methode der Laryngostomie (Flügelbolzen nach Chiari-Marschik), und vor allem seine Methode der Hypophysenoperation, über die ich schon gesprochen habe; an seine Zange zur Entfernung harter Kehlkopfgeschwülste, an die bekannte Chiarische Schornsteinkanüle zur Stenosenbehandlung des Kehlkopfs, an seine Schere zur Thyreotomie u. v. a. Ihm gebührt auch zum großen Teil das Verdienst der Einführung des Kokains und des Menthols in die Spezialdisziplin, beides Medikamente, ohne welche die jetzige Laryngo-Rhinologie kaum denkbar wäre.

In zwei großen Sammelwerken hat er uns wahre Fundgruben spezialistischer Erkenntnisse und Früchte seines Schaffens geschenkt: In den Jahren 1902—1905 erschien sein Lehrbuch „Die Krankheiten der oberen Luftwege", womit die wissenschaftliche Welt endlich das langerwartete, für Studenten, Ärzte und ausgebildete Fachkollegen gleich ergiebige Standardwerk der Wiener Schule erhielt. Von gleichem monumentalem Wert ist die im Kriegsjahr 1916 erschienene „Chirurgie des Kehlkopfs und der oberen Luftwege" (im Rahmen der Neuausgabe der Deutschen Chirur-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gie), ein Werk, das, reichhaltig illustriert, in nicht dagewesener Fülle die gewaltigen Fortschritte der Chirurgie, aber auch die Leistungen der Laryngologie auf diesem Gebiet, insbesondere aber die Tätigkeit und die Erfahrungen Chiaris und seiner Schule, seiner Klinik veranschaulicht. Daß gerade Chiari der ehrende Auftrag, die Chirurgie dieses Gebietes zu bearbeiten, zuteil wurde, ist nicht nur die wohlverdiente Anerkennung der Bedeutung Chiaris und seines chirurgischen Wirkens, sondern der chirurgischen Leistungen der Spezialdisziplin überhaupt durch die gesamte medizinische Welt, ein Erfolg seines langjährigen Wirkens und Strebens, wie er ihn schöner sich nicht denken konnte. Die zahlreichen, höchst lobenden Rezensionen bezeugen am deutlichsten die Wertung dieses einzig dastehenden Werkes in Chirurgenkreisen. Beide Werke, das ältere Lehrbuch und die neuere Chirurgie, sind zugleich ein glänzendes Muster seiner leidenschaftslosen, edlen und prägnanten wissenschaftlichen Ausdrucksweise.

Eine Seite seines medizinisch-wissenschaftlichen Wirkens darf nicht vergessen werden, und das ist seine Präsidentschaft der Wiener spezialistischen Gesellschaft, in der Roth seinerzeit einen so schönen, warmempfundenen Nachruf gehalten hat. Ihm entnehmen wir, daß Chiari die Wiener laryngologische Gesellschaft ihre Gründung im Jahre 1894 verdankt. Er wurde nach Stoerks Tode 1898 ihr Präsident und blieb es bis an sein Lebensende. Die einstimmige Wiederwahl beweist am besten die Anerkennung, die die Gesellschaft nicht nur seiner mustergiltigen Führung der „Regierungsgeschäfte", sondern auch der wirksamen Vertretung der Gesellschaft bei allen Gelegenheiten, besonders auch im Auslande, zollte. Auf Chiaris Veranlassung erfolgte auch, wie schon erwähnt, die Umbenennung in „Laryngo-rhinologische Gesellschaft". Der mit den Jahren immer mehr wachsenden Berühmtheit und Beliebtheit Chiaris, die sich in der Wertschätzung seines Urteils in Ärztekreisen, in seinem Einfluß bei den Behörden, nicht zuletzt auch in der wiederholten Berufung an das Krankenlager des verstorbenen Kaisers Franz Joseph kundtat, entsprach eine fast noch größere Berühmtheit im Auslande, wo er, der größeren Perspektive gemäß, wahrlich als Haupt und Nestor der Wiener Schule verehrt wurde. Er war korrespondierendes und Ehrenmitglied verschiedener ausländischer Gesellschaften und bei den diversen Kongressen, zuletzt auf dem internationalen medizinischen Kongreß in London Gegenstand allseitiger Verehrung und Hochachtung. Den bedeutsamsten Ausdruck fand diese bei zwei Gelegenheiten, die eine mehr wissenschaftlich repräsentativen, die andere herzlich intimen Charakters: der erste internationale Rhino-Laryngologenkongreß 1908 in Wien, dem er als Einberufer und Präsident vermöge seiner guten Beziehungen zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den angesehensten Fachkollegen des ganzen Auslandes, sowohl was die Internationalität als den Verlauf der Versammlung anbelangt, zu einem ungewöhnlichen Erfolg von lokalhistorischer Bedeutung verhalf, was sich auch in der lebhaften Dankesakklamation zum Schluß des Kongresses spontan kundgab. Das andere ist sein am 1. Februar des Jahres 1913 gefeierter 60. Geburtstag. Seine Schüler, Freunde und Verehrer wetteiferten darin, ihrem verehrten Meister und Freund den Festtag so freudig und glänzend als möglich zu gestalten, aus Nah und Fern kamen ihm Grüße und Glückwünsche zu, und die in dieser Zeitschrift erschienene Festnummer ward ihm, ein bleibendes Andenken an jenen, Meister und Schüler gleich ehrenden Tag, als Morgengabe überreicht.

Chiari als Lehrer! Über die ganze Welt verstreut zählten sich bereits Spezialisten aller Nationen mit Stolz zu seinen Schülern, die in den zahlreichen, immer berühmter gewordenen Ärztekursen von ihm in den Fortschritten der Laryngo-Rhinologie unterwiesen worden waren, als es seinem unermüdlichen Eifer gelang, bei der Unterrichtsverwaltung durchzusetzen, daß der Besuch der laryngo-rhinologischen Vorlesungen in den obligaten Studienplan aufgenommen wurde und damit (seit dem Jahre 1905) regelmäßige Studentenvorlesungen an der Klinik eingeführt wurden. Man muß ihn bei diesen Vorlesungen und Übungen für Studenten beobachtet haben, wie er sich um jeden einzelnen Hörer aufs liebevollste bemühte, ihn unermüdlich in die Schwierigkeiten der laryngo- und rhinoskopischen Technik einzuführen suchte und nicht locker ließ, bis der Student auch wirklich an dem Patienten sah, was er sehen sollte, um zu verstehen, wie sehr ihm mit der klinischen Vorlesung ein Herzenswunsch in Erfüllung ging, wie er darin erst die Krönung seiner Lehrtätigkeit erblickte, den jungen, bildungs- und begeisterungsfähigen Aeskulapschülern seinen Reichtum an Wissen und Erfahrung zu vermitteln. Zahlreiche Ärzte, die solcher Art als Mediziner seine Schüler gewesen waren, haben mir die geradezu liebevolle Sorgfalt seiner Unterrichtsmethode mit Worten dankerfüllter Erinnerung bestätigt. Wie viel mehr mußten seine engeren Schüler, die Assistenten und Hilfsärzte seiner poliklinischen Abteilung und später seiner Klinik, beglückt sein, die diese Sorgfalt in der Belehrung und Unterweisung nicht nur einige Stunden in der Woche, sondern täglich und bei jeder Gelegenheit, bei den Operationen und bei der Krankenvisite genossen, wie bei der Ausführung ihrer wissenschaftlichen Arbeiten, denen er in gleicher Weise bei der Verfolgung ihrer weiteren Karriere, wie bei ihren persönlichen Anliegen, Freuden und Leiden mit Rat und Tat beistand. Seine nächsten Schüler (Assistenten) waren K. Müller, Panzer, A. Heindl, Harmer, Epstein, Hanszel, Kahler, Glas,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Marschik, Kofler, F. Neumann, Tschiassny, Schlemmer, Frühwald, G. Hofer, Schindler.

An dieser Stelle sei auch dankend der Fürsorge gedacht, die er der Monatsschrift angedeihen ließ, seit er sich an der Herausgabe beteiligte. Sie war ihm kein bloßer Aufputz für seinen Namen, sondern Gegenstand unablässiger Aufmerksamkeit. Auf seine Veranlassung hin wurde der Titel in „Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie" erweitert, wurden neue Mitarbeiter gewonnen und die Teilung der Zeitschrift in einen otologischen und laryngo-rhinologischen Teil mit separater Redaktion durchgeführt und damit auch hier wieder dem Spezialfach die gebührende Parität eingeräumt. In der ganzen Folgezeit trachtete er, diesen Teil der Zeitschrift auf jede Weise zu heben, und hat selbst zahlreiche Beiträge geliefert; seine letzten Arbeiten erschienen fast durchwegs in der Monatsschrift.

Der Schmerz trauernden Gedenkens verschließt uns den Mund, da wir uns nun der Schilderung des Menschen Chiari zuwenden sollen, da wir erzählen sollen, wie er im persönlichen Umgang, wie er als Privatmann gewesen. Alle, die mit ihm in näherem Verkehr gestanden sind, haben den Zauber seines schlichten und edlen Wesens kennen gelernt und werden ihn stets im Herzen bewahren. Seiner geliebten Klinik galt der eine große Teil, seinem glücklichen Familienleben der andere Teil seines Fühlens und Denkens. Als einziger Erholung von den Anstrengungen seines Berufes huldigte er dem Jagdvergnügen, und ein gütiges Geschick wollte es, daß ihn auf der Hahnenpirsch unvermutet der Tod ereilte. Mitten in der erwachenden Natur eines schönen Maienmorgens, in der stillen Einsamkeit der taufrischen Wälder trat leise und plötzlich der Allerbarmer an ihn heran. Die Natur, der er immer ein treuer und warmfühlender Sohn gewesen, nahm ihn an ihre Mutterbrust zurück, als es bestimmt war, daß dieses stets für alles Gute und Schöne schlagende Herz stillstand. Seiner ihm nachtrauernden Schule aber verbleibt es, sich dieses Leben voll Arbeit und Erfolg zum Beispiel zu nehmen, fortzuarbeiten in seinem Geiste und in seiner Art, seiner immer gedenkend. Unvergessen wird bleiben, was er der Wiener Klinik und der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft gewesen und geleistet, was ihm die Wiener Fakultät an Mehrung ihres Ansehens zu danken hat! Marschik.

Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten O. v. Chiaris.

1878. 1. Beitrag zur Pathologie und Therapie des Genu valgum. W. m. W. 1878. Nr. 36 u. 37.

1879. 2. a) Ein Fall von Lymphosarkom mit Arsen behandelt. W. m. Bl. 1879. Nr. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) Demonstration eines exstirpierten Uterus. Anzeiger der Gesellschaft der Ärzte.

3. Über Entzündung der weiblichen Hydrocele. W. m. Bl. 1879. Nr. 21, 22, 23.

1880. 4. Laryngitis crouposa. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1880. Nr. 7.

5. Zwei Fälle von Chorea laryngis. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1880.

6. Zwei Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopfe. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1880. Nr. 9.

1881. 7. Über Kehlkopfstenosen und ihre Therapie. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1881. Nr. 6, 7, 8.

8. Die Tracheotomie und ihre Surrogate. Allgem. W. m. Ztg. 1881. Nr. 15. Vortrag, gehalten im Wiener med. Doktorenkollegium.

9. Über retropharyngeale Strumen. Allgem. W. m. Ztg. 1881. Nr. 19.

10. Neubildungen im Kehlkopfe bei Kindern. Endolaryngeale Entfernung. Vortrag, gehalten im Wiener med. Doktorenkollegium am 30. V. 1881.

11. Über retropharyngeale Strumen. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1881. Nr. 11.

12. Zwei Fälle von Cysten des Larynx. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1881. Nr. 12.

13. Über Trachealstenosen und ihre Behandlung nach der Schrötterschen Methode. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1881. Nr. 12.

14. Über das unbeabsichtige Eindringen der Schlundsonde in den Kehlkopf. Allgem. W. m. Ztg. 1881. Nr. 48.

1882. 15. Demonstration eines Fibroms des Siebbeines mit pneumatischen Räumen. 22. V. 1882 im Wiener med. Doktorenkollegium.

16 Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Rhinosklerom. W. m. Jb. 1882.

17. Fibrom des Siebbeines mit pneumatischen Räumen. W. m. Jb. 1882.

1883. 18. Laryngoskopische Befunde bei den Frühformen der Syphilis. Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Ärzte am 26. V. 1882. Allgem. W. m. Ztg. 1882. Nr. 22, 23.

19. Das habituelle Nasenbluten und seine Behandlung. Allgem. W. m. Ztg. 1883. Nr. 34.

20. Noch einmal das Nasenbluten. Allgem. W. m. Ztg. 1883. Nr. 34.

21. Laryngoskopische Befunde bei den Frühformen der Syphilis. Vrtljschr. f. Derm. u. Syph. 1882.

22. Lupus vulgaris laryngis. Klinische Studie. Vrtljschr. f. Derm. u. Syph. 1882.

23. Über Verstopfung der Nase und ihre Therapie. Zschr. f. Diagn. u. Ther. 1882. H. 1, 2.

1884. 24. Kasuistische Beiträge zur Lehre über den Zusammenhang zwischen nervösen Leiden und Nasenerkrankungen. Zschr. f. Ther. März 1884.

25. Nasenpolyp. D. M.-Ztg. 1884. H. 20.

26. Symmetrische Defekte in den vorderen Gaumenbögen. 1884. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1884. Nr. 8.

1885. 27 Tubage des Kehlkopfes. D. M.-Ztg. 1885. H. 35.

28. Kasuistisches über die anästhesierende Wirkung des Kokains. Allgem. W. m. Ztg. 1885. Nr. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

29. Rhinosklerom der Schleimhaut. Von Dr. O. Chiari und Riehl. Prager Zschr. f. Hlk. 6. 1885.
30. Rhinologische Kasuistik. W. m. W. 1885. Nr. 46 u. 48.

1886. 31. Des neoplasmes de la cloison des fosses nasales. Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. 1887. Nr. 10.

1887. 32. De la „Pharyngomycose leptothricea". Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Nr. 10.
33. Über die Anwendung des Kokains bei der Behandlung der Krankheiten des Rachens, Kehlkopfes und der Nase. W. m. W. 1887. Nr. 78. Nr. 8 u. 9.
34. Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten nach den Ergebnissen des Ambulatoriums. Toeplitz und Deuticke. Wien und Leipzig. 1887. 84 Seiten.

1888. 35. O'Dwyers Intubation. Zschr. f. Ther. 1888. Nr. 6.
36. Un cas de stenose trachéale survenue 7 ans après la diphtérie guéri par le tubage. Ann. des maladies de l'oreille du larynx, du nez et du pharynx. 1888. Nr. 7.
37. Sur deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore. Revue mens. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1888. Nr. 11.

1889. 38. Deux cas de Rhinolithiase avec remarques sur l'étiologie. Ann. des maladies de l'oreille du larynx etc. 1889.
39. Über die Lokalisation der Angina phlegmonosa. W. kl. W. 1889. Nr. 43.
40. Über das Empyema antri highmori. W. kl. W. 1889. Nr. 48—49.

1890. 41. Über Pachydermia laryngis besonders an der Interarytaenoidfalte. Vortrag, gehalten am X. intern. med. Kongr. in Berlin. Sep.-Abdr. W. kl. W. 1890. Nr. 41.
42. Jauchige Phlegmone des Kehldeckels. Tracheotomie, Heilung. W. kl. W. 1890. Nr. 46.

1891. 43. Über Pachydermia laryngis mit besonderer Berücksichtigung der Plica interarytaenoidea. Wien 1891. Alfred Hölder. Mit 8 Abbildungen
44. Über die Erkrankungen der sogenannten Bursa pharyngea. W. kl. W. 1891. Nr. 40.
45. Über Cystenbildung in Stimmbandpolypen. Vortrag, gehalten bei der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Halle a. S. am 22. IX. 1891. W. kl. W. 1891. Nr. 52.

1892. 46. Entgegnung auf Dr. Ziems Artikel: Nochmals die sogenannte Tornwaldtsche Krankheit. W. kl. W. 1892. Nr. 13.
47. Sur les resultats du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore. Ann. des maladies de l'oreille du larynx, du nez et du pharynx etc. Paris, Juin 1892. Und in Deutsch: Prager m. W. 1892. Nr. 22—24.
48. Über Massagevibrationen und innere Schleimhautmassage der oberen Luftwege nach M. Braun und Lacker. W. kl. W. 1892. Nr. 36.
49. Expériences relatives à la ponction exploratrice et au lavage explorateur de l'antre d'Highmore. Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1892. Nr. 16.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

50. Über das Vorkommen von Drüsen in Polypen und Knötchen der Stimmbänder. Prager m. W. 1892. Nr. 37.

1893. 51, 52 und 53. Artikel meist polemischer Art in betreff der Vibration. Erwiderung an Dr. M. Braun. W. kl. W. 1892. Nr. 42. — Entgegnung auf Doz. Dr. Lakers Erwiderung. W. m. Pr. 1892. Nr. 50. — Vibration des muqueuses des voies aériennes supérieures. Revue internat. de rhinologie etc. 25 Mars 1893.

54. Über einen Fall von Syphilis hereditaria laryngis bei einem Kinde von 4½ Jahren. Arch. f. Kinderhlk. 1893. 15.

55. Beitrag zur Diagnose des isolierten Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege. W. kl. W. 1893. Nr. 20.

56. a) Über Tuberkulome der Nasenschleimhaut. Arch. f. Laryng. 1. H. 2. 1893.

1894. b) Über Intubation bei nicht diphtherischen Larynxstenosen. K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, 22. VI. 1894. W. kl. W. 1894. Nr. 27.

57. Über die Operation der adenoiden Vegetationen. Vortrag, gehalten am XI. internat. med. Kongreß in Rom. W. kl. W. 1894. Nr. 23.

58. Über den Bau und die histologische Stellung der sogenannten Stimmbandfibrome. Vortrag, gehalten am XI. internat. med. Kongreß. Arch. f. Laryng. 1894. 2. H. 1.

59. Pachydermia laryngis, ihre klinische Bedeutung, Einteilung und Therapie. Ibidem.

60. Über Lymphosarkome des Rachens. Vortrag, gehalten auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. W. kl. W. 1894.

61. Nebenhöhleneiterungen. Diskussion in der Gesellschaft der Ärzte, November 1894. W. kl. W. 1894. Nr. 48.

1895. 62. Über Prolaps ventr. Morg. W. kl. W. 1895. Nr. 26.

63. Über die allgemeine Behandlung von Erkrankungen der Nase, des Rachens und Kehlkopfes. Vortrag, gehalten im Wiener Ärzteverein, Winter 1894. Jahresbericht 1894/95.

64. Kritiken über Lichtwitz, Stoerk und Schnitzler. W. kl. W. 1895. Nr. 42.

65. Circumscripte Keratose des Larynx. Prager m. W. 1895. 4 Seiten Separatabdruck.

66. Sur l'origine et la structure des polypes dits muqueux des cordes vocales. Ann. des maladies de l'oreille etc. 1895. 2. 4 S.

67. Über Schleimpolypen des Nasenrachenraumes. Vortrag in der laryng. Ges., November 1895. W. kl. W. 1896. Nr. 6.

1896. 68. Über einen Fall von nahezu apfelgroßem weichen Fibrom des Kehlkopfes. W. kl. W. 1896. Nr. 35.

69. Über Angiome der Stimmbänder. Arch. f. Laryng. 5. 1896.

70. Chronische Entzündung des Rachens und des Nasenrachenraumes. Sep.-Abdr. Handb. f. Laryng. u. Rhin. Dr. Paul Heymann, Berlin. Hölder, Wien 1896.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1897. 71. Über primäre akute Entzündung des submukösen Gewebes des Kehlkopfes. W. kl. W. 1897. Nr. 5.

72. Angeborene membranöse Faltenbildung im hinteren Glottisanteile. W. kl. W. 1897. Nr. 25.

1898. 73. Beiderseitige Lähmung des Nervus recurrens. W. kl. W. 1898. Nr. 5.

74. Beiträge zur Diagnose und Therapie des Larynxkrebses. Arch. f. Laryng. 8. H. 1. 1898.

75 bis 94. Artikel in Bibliothek der ges. med. Wissenschaften von Drasche. Wien und Leipzig. Prochaska. Adenome des Larynx, Angina. 10. Angiome, Blutungen, Kehlkopf, Carcinoma laryngis. 19. Cysten, Ekchondrosen, Enchondrome, Fibrome, Fremdkörper im K., Instrumentarium des Larynx. 6. Laryngitis acuta. 7. Laryngitis chronica. 10. Lipome des Larynx, Lymphangioma laryngis, Lymphosarkome des Larynx, Myom des Larynx, Myxome des Larynx, Neoplasmen des Kehlkopfes. 8. Papillome des Kehlkopfes. 2. Pachydermia laryngis. 2.

1899. 95. Über eine Modifikation der Nähte bei der Uranoplastik. W. kl. W. 1899. Nr. 1.

96. Le sort final de mes malades, atteints de cancer du larynx. Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. Nr. 3. Mars 1899.

97. Über die Tuberkulose der oberen Luftwege. Ref., erstattet in München, 20 IX. 1899. Sep.-Abdr. Berl. kl. W. 1899. Nr. 45, 46 u. 47.

1900. 98. Sur l'étiologie des causes et l'anatomie des nodules des chanteurs. Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. Tome XXVI. Nr. 10. Octobre 1900.

1901. 99. Beitrag zur Kenntnis des Baues der sogenannten Sängerknötchen. Arch. f. Laryng. 11. H. 3. 1901.

1902. 100. Über Entzündungen in Angiomen, kavernösen Tumoren etc. W. kl. W. 1902. Nr. 14.

1903. 101. Eine Zange zur Exstirpation harter Wucherungen des Kehlkopfes. Arch. f. Laryng. 15. 1903.

102, 103, 104. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Wien, Deuticke. Drei Bände. 1902, 1903, 1905.

1905. 105. Zur Diagnose der Neubildungen der Kieferhöhle. D. m. W. 1905. Nr. 39 u. 50. (Entgegnung zu Prof. Gerbers Erklärung in Nr. 50.)

106. Die gesunde und kranke menschliche Stimme. D. Rev. Oktober 1905.

1906. 107. Contribution au diagnostic differential entre le papillomes durs et les proliférations gommeuses du larynx. Revue hebdomaire de laryng., d'otol. et de rhinologie. 1906. Mai.

108. Zur Kasuistik der direkten oberen Bronchoskopie nach Killian behufs Extraktion von Fremdkörpern aus den Bronchien. Berl. kl. W. 1906. Nr. 47.

1907. 109. Deux cas de sarcome du nez l'un externe l'autre interne. Opération, guérison. Diagnostic differentiel par le Rayons-X. O. Chiari und H. Marschik. Ann. des maladies de l'oreille etc. Avril 1907.

Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

110. Die Bedeutung der histologischen Untersuchung für die Diagnose Carcinom der oberen Luftwege. Sep.-Abdr. aus der Festschr. f. Prof. Doktor H Chiari. 1907.
111. Bericht über meine Operationen wegen Krebs des Kehlkopfes. Zschr. f. kl. Med. 62. 1907. Festschr. f. Schrötter, 70. Geburtstag.
112. Rapport sur onze cas de cancer du larynx, opérés dans sa clinique du 1 Juin 1906 au 31 Mai 1907. Par le Professeur Ottokar Chiari de Vienne. Arch. internat. de Laryngologie, 225 Boulevard St. Germain. Paris. (Extrait.) 1907.

1908. 113. Bericht über 82 Fälle von Thyreotomie und partiellen und totalen Exstirpationen des Larynx wegen Carcinom. W. m. W. 1908. Nr. 16.
114. Zusammenhang der Erkrankungen der Orbita und der Nebenhöhlen der Nase. Kasuistischer Beitrag von O. Chiari und Hermann Marschik, Assistent der Klinik. M. Kl. Nr. 16. 1908.
115. Widmung. Festnummer der W. kl. W. Nr. 16. 1908.
116. Die Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. W. kl. W. Nr. 16. 1908.
117. Schlußrede des I. Internat. Lar.-Rhinol.-Kongresses. 25. IV. 1908.
118. Nachruf an Schrötter am 22. IV. 1908.
119. Gedenkrede auf Stoerk bei Denkmalaufstellung 1907 im kleinen Festsaal der Universität.
120. Biographie von Türck und Czermak. 1908. Hektogramm.
121. Über angeborene membranöse retronasale Verschlüsse der Choanen. Naturforscherversammlung, Köln 1908. W. m. W. 1909. Nr. 11.
122. Ist es zweckmäßig, die Laryngo-Rhinologie einerseits und die Otologie andrerseits an ein und derselben Klinik zu lehren? Arch. f. Laryng. 21. H. 2.

1909. 123. Zur Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase. M. Kl. 1909. Nr. 5.
124. The treatment of cancer of the larynx. An address, delivered before the American lar., rhin. and otol. society, Atlantic City 1909. Annals of otology, rhinology and lar. St. Louis. 1909.
125. Über die Behandlung des Kehlkopfkrebses. W. m. W. Nr. 26—30. 1909.
126. Referat über die Therapie des Kehlkopfkrebses. Internat. med. Kongreß. Budapest 1909.
127. Die Laryngo-Rhinologie an den Universitäten Amerikas. Zschr. f. Laryng., Rhin. u. ihre Grenzgeb. Würzburg (Blumenfeld). Kurt Kabitzsch. 1909.
128. Einige Beispiele von der Tätigkeit des Laryngo-Rhinologen als Sachverständiger. M. Kl. 1909. Nr. 38.
129. Über Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase. Mschr. f. Ohrhlk., Laryngo- u. Rhinologie. 1909. Nr. 10.

1910. 130. Über zwei Fälle von Fremdkörpern, welche mehrere Jahre nach ihrem Eindringen bronchoskopisch entfernt wurden. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 1910. Nr. 1.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

131. Ein Todesfall bei der Bronchoscopia inferior. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 1910. Nr. 8.
132. Zum 100. Geburtstage Ludwig Türcks. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. Nr. 7. 1910.

1911. 133. Angeborene Lappenbildung an den Wrisbergschen Knorpeln. M. W. 1911. Nr. 1.
134. Extraction d'une balle du sinus sphenoidal par voie endonasale. Arch. intern. de lar., d'otologie et de rhinologie. 1911.
135. Kasuistik der Salvarsanwirkung bei Lues der oberen Luftwege. Berl. kl. W. 1911. Nr. 35.
136. Die neue Wiener laryngologische Klinik. W. kl. W. 1911. Nr. 46.
137. Die Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. W. m. W. 1911. Nr. 50. (Erste Vorlesung in der neuen Klinik.)
138. Bernhard Fraenkel †. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 1911. Nr. 11

1912. 139. Über eine Modifikation der Schlofferschen Operation von Tumoren der Hypophysis. W. kl. W. 1912. Nr. 1.
140. Ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Erkrankungen der oberen Luft- und Speisewege. Paul Dittrich, Prag, Handbuch der Sachverständigentätigkeit. Wien und Leipzig. W. Braumüller. 1912.
141. Die neue Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. Mit Prof. O. Kahler zusammen. 40 Textabbildungen und 5 Pläne. Sep.-Abdr. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 1912. Nr. 2.

1913. 142. Papillome im Larynx der Kinder. W. m. W. 1913. Nr. 39.
143. Internationale Laryngo-Rhinologenkongresse. W. m. W. 1913. Nr. 37.

1915. 144. Über die zirkuläre Resektion und Naht der Trachea etc. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 1915. Jg. 49. S. 337.
145. Extraktion einer Rundkugel etc. aus dem Bronchus. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1915. S. 577.
146. Aus dem Kapitel Tracheotomie. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1915. S. 641.

1916. 147. Extraktion eines deformierten Geschosses aus der seitlichen Rachenwand unter Röntgenlicht. Mschr. f. Ohrhlk. etc. 1916. Jg. 50. H. 11—12.
148. Chirurgie des Kehlkopfes und der oberen Luftwege. Enke. 1916.

1917. 149. Zähne, Zahnfüllungen und Prothesen in den tieferen Luft- und Speisewegen. Nach einem Vortrage, gehalten in der Versammlung österr. Zahnärzte, 28. III. 1917. W. m. W. 1917. Nr. 22, 23 u. 24.
150. Die Stirnhöhlenschußverletzungen. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 1917. Nr. 9 u. 10.
151. Zahnprothese mit seitlichem Haken tief unten in der Speiseröhre eingeklemmt, oesophagoskopisch heraufgezogen und schließlich durch äußere Oesophagotomie entfernt. Heilung. Mschr. f. Ohrhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 1917. H. 9 u. 10.

1918. 152. Zwei durch Vakzination geheilte Fälle von Ozaena. Arch. f. Laryng etc. 1918.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Trauersitzung
für den verstorbenen Präsidenten der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft Hofrat Prof. Dr. Ottokar Frh. v. Chiari am 22. Mai 1918.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. W. Roth.
Schriftführer: Hr. K Kofler

Hr. Vizepräsident W. Roth: Meine Herren! Wir haben uns heute hier versammelt, um unserer tiefen Trauer um den so früh erfolgten jähen Heimgang unseres Präsidenten Ottokar v. Chiari würdigen Ausdruck zu geben und seinen Manen gerecht zu werden.

Wohl haben wir dieser pietätvollen Pflicht bereits vor 8 Tagen bei seinem Begräbnisse entsprochen, ich konnte mit Befriedigung feststellen, daß fast alle in Wien anwesenden Mitglieder unserer Gesellschaft auf dem Friedhofe anwesend waren, wir haben einen Kranz als Zeichen unserer Dankbarkeit an seiner Bahre niedergelegt, haben ihm alle das letzte Geleite bis zu seiner letzten Ruhestätte gegeben und ich habe mir gestattet, im Namen der „Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft" einige Worte des Abschiedes am offenen Grabe zu sprechen.

Trotzdem war es uns ein Herzensbedürfnis, in dem intimen Kreise unserer Gesellschaft, an dieser Stätte, wo der Heimgegangene durch eine lange Reihe von Jahren unter uns geweilt, noch einmal in Liebe und Wehmut seiner zu gedenken, noch einmal vor unserem geistigen Auge sein Leben und Wirken vorbeiziehen zu lassen, ehe wir auf immer Abschied von seiner Person nehmen.

Um unsere Gesellschaft hat sich v. Chiari besonders verdient gemacht. Es war im Jahre 1894, als die „Deutsche Naturforscher-Versammlung" in Wien tagte und wir in einer besonderen Sektion für Rhinologie und Laryngologie, in welcher auch die damals namhaftesten Fachkollegen aus dem Deutschen Reiche anwesend waren, unsere Arbeiten verrichteten, da faßte v. Chiari den Gedanken zur Gründung einer laryngologischen Gesellschaft in Wien. Dieser Gedanke fand unter den Kollegen allseitige lebhafte Zustimmung, und schon kurze Zeit nach Schluß der Naturforscher-Versammlung fand die Gründung der „Wiener laryngologischen Gesellschaft" statt, zu deren Präsidenten weil. Prof. Stoerk, zu deren Vizepräsidenten Ottokar v. Chiari gewählt wurde. Nach dem im Jahre 1898 erfolgten Tode Stoerks wurde v. Chiari zum Präsidenten gewählt und blieb es, vom Vertrauen seiner Kollegen getragen, 20 Jahre hindurch bis zu seinem Tode.

Was er in diesem langen Zeitraume für unsere Gesellschaft gewirkt, wie er stets bemüht war, durch seine persönliche oder durch die Teilnahme seiner Schüler an den Demonstrationen und Diskussionen die Sitzungen belehrend zu gestalten, die Gesellschaft durch emsiges Arbeiten zur Entfaltung, zur Blüte zu bringen und ihr Ansehen bei den anderen medizinisch-wissenschaftlichen Kreisen zu steigern, ist Ihnen allen bekannt, und dafür sagen wir ihm aus ganzem Herzen innigsten Dank. Seine letzte Tat war

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch die Umwandlung der „Wiener laryngologischen Gesellschaft" in eine „Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft".

Als Laryngologe war er von hervorragender Bedeutung. Aus der Schule v. Schrötters hervorgegangen, hat er die Tradition der alten Wiener Laryngologenschule nicht bloß weiter gepflegt, er hat dieses Spezialfach erweitert, ausgebaut, hat auch die Pflege der Rhinologie in den Bereich seiner Tätigkeit gezogen, und hat zahlreiche Schüler herangebildet, die, über die ganze Erde zerstreut, gewiß bemüht sein werden, in seinem Sinne weiter zu arbeiten und zum weiteren Ausbau dieser Fächer beizutragen.

Ich habe es für zweckmäßig erachtet, die Würdigung seiner wissenschaftlichen und Lehrtätigkeit einem seiner Schüler, welche aus unmittelbarer Anschauung und Mitarbeit am besten diese Tätigkeit zu beurteilen imstande sind, zu übertragen, und Herr Prof. Harmer hat sich in dankenswerter Weise zu dieser Aufgabe bereit erklärt. Ich möchte nur hervorheben, daß unter den älteren Arbeiten v. Chiaris jener über „Pachydermia laryngis", über den „Lupus des Kehlkopfes", über das „Sklerom" und über das „Lymphosarkom" des Kehlkopfes ganz besondere Bedeutung zukommt, da erst durch diese teils histologischen, teils bakteriologischen Untersuchungen die Kenntnis der Ursachen und des Wesens dieser Erkrankungen begründet wurde.

In den Jahren 1902, 1903 und 1905 erschien sein Lehrbuch über „Die Erkrankungen der oberen Luftwege", welches sich in 3 Teile, die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes, gliedert, und im Jahre 1917 seine Monographie „Zur Chirurgie der oberen Luftwege", in welcher er bei weitgehendster Berücksichtigung der Arbeiten anderer Autoren seine eigenen reichen Erfahrungen niederlegte und welche sich in Fachkreisen großer Anerkennung und Wertschätzung erfreuen.

So wird denn sein Name mit seinem Heimgange nicht erlöschen, er wird fortleben in seinen Schülern wie auch in der Geschichte der Rhinologie und Laryngologie. Unsere Gesellschaft zollt ihm aber Dank für alles, was er im Interesse ihres Gedeihens getan, und ich glaube im Sinne Ihrer aller zu sprechen, wenn ich mit jenen Worten schließe, die ich ihm als Abschiedsgruß an seinem Grabe nachgerufen habe: „Unsere Gesellschaft wird ihm eine dauernde Stätte dankbaren Gedenkens errichten."

Hr. L. Harmer: Ein schmerzliches Ereignis führt uns heute hier zusammen: Ottokar v. Chiari, der langjährige Präsident unserer Gesellschaft, ihr eifrigster Förderer, ist nicht mehr.

Mit seinem unerwarteten Hinscheiden hat die medizinische Welt ein schwerer, unersetzlicher Verlust getroffen, ein inhaltsreiches Leben, ausgefüllt mit wissenschaftlicher Arbeit und ernstem Streben, aber auch reich an Erfolgen und äußeren Ehren, hat seinen Abschluß gefunden.

Viele sind als Kollegen, als seine Schüler oder als Patienten mit ihm in Berührung gestanden, aber nur wenige haben ihn genauer gekannt und in seinem vollen Werte geschätzt, da er ein ziemlich zurückgezogenes, nur der Arbeit und seiner Familie gewidmetes Leben geführt hat. Und gerade unter seinen Fachkollegen werden vielleicht nur wenige über ihn genauer informiert sein, namentlich über seinen Werdegang und über seine allgemein menschlichen Eigenschaften. Wenn ich als einer seiner älteren Schüler im Nachfolgenden versuche, der geehrten Gesellschaft eine kurze

Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Skizze über den Lebenslauf O. v. Chiaris zu geben, so bin ich mir wohl bewußt, daß auch meine Kenntnisse und Informationen unvollständig sind und zahlreiche Lücken aufweisen, glaube jedoch, infolge langjähriger Bekanntschaft mit dem Verstorbenen, namentlich während meiner 7jährigen Assistentenzeit unter ihm, ihn etwas näher kennen gelernt zu haben als mancher von den Fachkollegen.

O. v. Chiari war im Jahre 1853 zu Prag als Sohn eines Arztes geboren. Schon im frühesten Kindesalter hat er seinen Vater verloren und die Mutter hat seine und seiner 4 Geschwister Erziehung fast ausschließlich geleitet. O. v. Chiari absolvierte das Schottengymnasium in Wien und die Wiener Universität, an der er 1887 zum Doktor der gesamten Heilkunde promoviert wurde. Sodann war er bis 1879 Operateur bei Dumreicher, bis 1881 Assistent bei Schrötter. Schon im Jahre 1882 hat er sich als Privatdozent habilitiert und hat nach Ablauf seiner Assistentenzeit bei Schrötter an der ersten medizinischen Klinik (Nothnagel) ein Ambulatorium eingerichtet und sich in demselben unermüdlich und erfolgreich betätigt. 1891 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt und kam ein Jahr später als Nachfolger Schnitzlers an die Poliklinik. Im Herbst 1899, unmittelbar nach Stoerks Tode, wurde er mit der Leitung der Universitätsklinik für Laryngologie betraut und im Jahre 1900 definitiv zum Vorstand derselben ernannt. 1907 wurde er ordentlicher Professor, 1908 erhielt er den Hofratstitel und im Jahre 1917 wurde er in den Freiherrnstand erhoben.

Dies sind in gedrängter Kürze die wichtigsten Daten seines Lebens. Sobald er die Laryngologie als sein Spezialfach erwählt hatte, war sein ganzes Streben, seine ganze praktische und wissenschaftliche Betätigung fast ausschließlich diesem Fache gewidmet, ohne daß er den Kontakt mit den übrigen Zweigen der Medizin je verloren hätte. Obwohl aus einer Schule hervorgegangen, an welcher fast ausschließlich Laryngologie gelehrt und gepflegt wurde, hat er sich sehr frühzeitig mit voller Kraft auch der Rhinologie gewidmet. Es gibt kaum ein Kapitel der Laryngo-Rhinologie, in welchem er sich nicht wissenschaftlich betätigt hätte. Das mir vorliegende Verzeichnis seiner Publikationen umfaßt 149 Abhandlungen. Es würde den Rahmen meiner heutigen Ausführung weit überschreiten, wäre auch bei der Kürze der mir zur Verfügung gestandenen Zeit unmöglich, diese Fülle wissenschaftlicher Arbeit im Detail und eingehend zu würdigen. Ich kann mich demnach nur darauf beschränken, auf einzelne wichtige, besonders markante Punkte hinzuweisen.

Das Gebiet der entzündlichen Veränderungen des Kehlkopfes sowie der Neubildungen desselben hat er wie wenige beherrscht. Ich verweise auf seine zahlreichen Abhandlungen über Pachydermie, Sängerknötchen, Polypen und Fibrome des Kehlkopfes, welche durchwegs das Resultat eingehendster klinischer und histologischer Studien sind. Sehr frühzeitig begann auch sein Interesse für das Kehlkopfcarcinom, für dessen Erforschung und operative Behandlung, und im Laufe der Jahre bis in die allerletzte Zeit seines Lebens hat sich dieses Interesse immer mehr vertieft und sind die Publikationen darüber immer häufiger geworden. Über ein selten reichhaltiges Krankenmaterial verfügend, hat v. Chiari auf diesem allerwichtigsten Zweig der Laryngologie ungemein befruchtend gewirkt, namentlich das frühzeitige Erkennen und die chirurgische Behandlung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieser gefürchteten Krankheit vertieft, vielfach bereichert und ausgebaut. Auch auf dem Gebiete der Rhinologie hat er sich vielfach publizistisch beschäftigt und namentlich über die Krankheiten der Nebenhöhlen sehr wertvolle Arbeiten produziert. Von seinen sonstigen Arbeiten verdienen die über Lupus der oberen Luftwege, ferner über Rhinosklerom und Lymphosarkom besondere Beachtung. Mitten in seiner besten Schaffenszeit erschien in den Jahren 1902—1905 sein großes Lehrbuch: „Krankheiten der oberen Luftwege", ein Werk, in welchem seine eigenen langjährigen und reichhaltigen Erfahrungen zusammen mit denen Anderer in selten objektiver und gewissenhafter Weise niedergelegt erscheinen. Nicht lange nach Vollendung dieses Lehrbuches begannen seine ersten Vorarbeiten für den Bau der neuen Universitätsklinik für Laryngologie, für welchen er ein gründliches Studium aufgewendet und große Sachkenntnis bekundet hat. Nach Eröffnung der neuen Klinik (1911), welche wohl zu den schönsten und größten Instituten der Welt zählt, hat er mehrere Abhandlungen über Bau und Einrichtung derselben veröffentlicht. Sein letztes größeres und bedeutenderes Werk ist die „Chirurgie des Kehlkopfes und der oberen Luftwege" in der „Deutschen Chirurgie".

Will man v. Chiaris Bedeutung für unser Fach vollauf verstehen und würdigen, so muß man sich gegenwärtig halten, daß er schon frühzeitig intensiv bestrebt war, seine Spezialdisziplin, welche vorerst mehr weniger nur ein Nebenfach der internen Medizin war, zu einer möglichst selbständigen und mit den großen medizinischen Fächern gleichberechtigten Disziplin auszugestalten, und es bleibt sein unvergängliches Verdienst, daß er immer und überall mit größtem Nachdruck, aber auch mit Erfolg hiefür eingetreten ist. Noch mehr, er war derjenige, welcher auf Grund seiner eigenen, sorgfältigen chirurgischen Ausbildung sich am meisten mit der Vervollkommnung der Operationstechnik befaßt hat und dadurch einer der Mitbegründer der Chirurgie der oberen Luftwege geworden ist. Zahlreich sind die von ihm angegebenen oder modifizierten Operationsmethoden, zahlreich auch die vom ihm neu geschaffenen oder verbesserten Instrumente und technischen Behelfe und geradezu unermeßlich ist die Zahl der von ihm ausgeführten Operationen, von den kleinsten bis zu den eingreifendsten.

Entsprechend seiner Bedeutung war sein Ansehen und sein Ruf nicht nur in der Heimat, sondern auch im Ausland. Er war Mitglied vieler gelehrter Gesellschaften des In- und Auslandes, und in allen Weltteilen war sein Name unter den Ärzten bekannt und geachtet. Zwei Ereignisse waren es, bei welchen dies ganz besonders hervortrat. Zunächst der Laryngologenkongreß in Wien im Jahre 1908, welcher wohl hauptsächlich ihm und seinem weitverbreiteten Einfluß, besonders im Ausland, den überaus schönen Erfolg, der uns allen noch heute lebhaft in Erinnerung ist, verdankt. Das zweite Ereignis war die Feier seines 60. Geburtstages im Jahre 1913, welche ihm eine kaum geahnte Fülle von Ehrungen brachte.

Weniger bekannt als sein internationaler Ruf als Gelehrter waren seine Charaktereigenchaften, namentlich sein schlichtes Auftreten, seine Herzensgüte, die Aufopferung für seine Familie, die geradezu rührende Fürsorge für seine engeren und weiteren Schüler und für seine Kranken, endlich seine tiefe Liebe zur Natur, welche ihn dazu bewog, fast die ganze freie Zeit seines arbeitsreichen Lebens auf der Jagd und in den Bergen zu verbringen, wo ihn auch ein jäher Tod ereilt hat.

Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Alles in allem ist sein Hingang ein schwerer, schmerzlicher Verlust nicht nur für seine Familie, für seine Freunde und Bekannten und für seine Klientel, sondern für die medizinische Welt im allgemeinen und für die Wiener Fakultät im besonderen. Am allerschwersten aber ist unsere Spezialdisziplin betroffen, welche einen ihrer wirksamsten und erfolgreichsten Förderer verloren hat. Und sein Name, der mit unserem Fache so eng verknüpft ist und uns in allen Kapiteln desselben so unzählige Mal begegnet, wird von uns und auch von den nach uns kommenden Fachkreisen stets in Pietät und Dankbarkeit genannt werden.

Die Versammlung hört die Nachrufe zum Zeichen der Trauer stehend an.

Der Vorsitzende schließt die Sitzung.

Sitzung vom 5. Juni 1918.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. M. Grossmann.
Schriftführer: Hr. K. Kofler.

Gäste: Hr. RA. Dr. Adam Winder des Garnisonsspital Nr. 1 und Hr. Dr. Arlasorow.

I. Hr. Fr. Hanszel stellt eine 60jährige Frau mit **Tuberkulomen** an beiden Seiten des knorpeligen Septums vor. Weder klinisch noch radioskopisch ist sonst im Organismus irgend ein Anhaltspunkt für Tuberkulose nachweisbar außer einigen Schattenstreifen und Drüsen in den Hilusgegenden — ein Befund, den wir für Tuberkulose wohl nicht sicher verwerten können. Die Septuminfiltrate sehen sehr ähnlich aus wie die halbkugeligen Vorwölbungen des Septums bei den traumatischen Abscessen, sind also glatt, weich, nirgends ulceriert. Der histologische Befund ergab im bindegewebigen Stroma Rundzellen, epitheloide Zellen, Riesenzellen und Verkäsung. Solche Fälle von Tuberkulose der Nase ohne nachweisbare primäre oder Miterkrankung in anderen Organen sind jedenfalls recht selten.

Aussprache.

Hr. Ad. Heindl bemerkt, daß er in Fällen von Tuberkulose der Nase ebenfalls nach chirurgischer Behandlung der Ulcera, die Reste der Infiltrate mit dem Kauter zerstört und dann mit Ulsanin nachbehandelt, welches Präparat er für solche Fälle bestens empfehlen möchte.

Hr. E. Glas: Solche Fälle klinisch primärer Tuberkulose des Naseneinganges, die sich in Form unregelmäßig begrenzter Infiltrate am Septum, Nasenboden und unterem Gebiete der lateralen Nasenwand zeigt, sind nicht allzu selten. Sie sind zumeist sehr gutartig, bleiben an diesen Stellen lokalisiert, zeigen jedoch auch nach radikalen Maßnahmen Tendenz zu Rezidiven. Die beste therapeutische Maßnahme besteht in radikaler Excochleation der Granulationen mit darauffolgender Kaustik bzw. Milchsäurebehandlung. Die röntgenologische Untersuchung des Thorax ergibt bei manchen dieser Fälle Veränderung im Hilusgebiet, bzw. Verdunkelung einer Lungenspitze, so daß die primäre Erkrankung des vorderen Nasenhöhlengebietes nicht immer absolut erwiesen ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hr. L. Réthi: Einer meiner ersten Fälle von klinisch primärer Tuberkulose betraf ein etwa 16jähriges Mädchen mit einem dem heutigen Befund sehr ähnlichen Befund am Septum. Keine hereditäre Belastung; in den Lungen, Lymphdrüsen, Knochen nichts Pathologisches nachweisbar. Ich excochleierte und machte vom Galvanokauter[1]) energisch Gebrauch mit dem Erfolg, daß die Nase dauernd rezidivfrei blieb; aber nach einigen Jahren kam es zu manifester Tuberkulose der Lungen und die Kranke ging an Meningitis tuberculosa rasch zugrunde.

Hr. K. Kofler: Kleinere tuberkulöse Herde können sehr wohl durch Operation mit oder ohne nachfolgende Milchsäureätzung oder durch Kaustik zerstört und dauernd geheilt werden, wie ich dies selbst in 2 Fällen, von denen der eine ein erbsengroßes Tuberkulom am Septum links (seit vier Jahren geheilt), der andere einen kreuzergroßen tuberkulösen Herd an der Hinterwand des Epipharynx hatte (seit 3 Jahren geheilt), gesehen habe. In beiden Fällen habe ich den tuberkulösen Herd weit im Gesunden excidiert und die Wunde mit 80% Milchsäure öfter tuschiert. Jetzt sieht man glatte Narben an diesen Stellen.

Wenn es sich aber um eine ausgebreitete tuberkulöse Erkrankung oder multiple Herde handelt, so würde ich, insbesondere in prognostisch weniger günstigen Fällen, zur Radiumbehandlung raten. Ich muß vorausschicken, daß ich bisher nur 2 Fälle von ausgebreiteter Nasentuberkulose mit Radium behandelt habe. Was ich bezüglich Erfolg daran gesehen habe, ist sehr aufmunternd zu weiteren Versuchen. Die erste Patientin, Mutter eines Kollegen, hatte multiple Infiltrate am Septum und an der lateralen Nasenwand, ja ein größeres in der Haut des Nasenrückens, das von der Schleimhaut ausgegangen, diese durchsetzt hatte und äußerlich als rote harte Vorwölbung von Bohnengröße zu sehen war. Durch oftmalige, kurzdauernde Radiumbestrahlungen und zeitweilige Tuschierung mit Milchsäure ist es mir nach mehreren Monaten gelungen, einen makroskopisch normalen Nasenbefund zu erzielen; nur eine minimale Trockenheit der bestrahlten Schleimhautpartien blieb noch zurück. Die zweite Patientin hatte chronisch tuberkulöse Infiltrate im ganzen Umfange des linken Vestibulums, sich fortsetzend auf den vordersten Schleimhautabschnitt. Nach Excochleierung dieser Infiltrate, die trotz möglichster Sorgfalt nicht radikal durchgeführt werden konnte, begann ich mit der Radiumbehandlung. Pat. ist noch lange nicht fertig behandelt. Ich werde mir später erlauben, über das Resultat der Radiumbehandlung in diesem Falle zu berichten.

Hr. Fr. Hanszel (Schlußwort): Redner teilt die Meinung des Herrn Glas, daß die Fälle von primärer Nasentuberkulose äußerst selten und skeptisch zu beurteilen sind, hat ferner ebenfalls wie Herr Heindl gute Erfolge vom Ulsanin gesehen. Kann aber der Meinung des Herrn Großmann nicht beipflichten, wenn er diese Tuberkulome als Lupus bezeichnen möchte, da sie weder klinisch noch histologisch den Typus Lupus zeigen.

---

[1]) Es war zur Zeit, als ich den Galvanokauter, und zwar als einer der ersten, bei Kehlkopftuberkulose vielfach angewendet hatte. Die galvanokaustische Methode wurde dann von Grünwald als galvanokaustischer Tiefenstich ausgebaut.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Hr. Hanszel bespricht eine 19jährige Arztesfrau aus dem Süden der Monarchie, welche Mutter zweier gesunder Kinder ist und in guten Lebensbedingungen lebt. Nun klagt die Frau seit mehreren Monaten über ein **Schluckhindernis in der linken Halsseite,** das sie sehr deprimierte — da die vielen schon konsultierten Kollegen absolut nichts finden konnten und die Rachenreflexe wesentlich herabgesetzt waren, wurde stets Hysterie diagnostiziert, so auch von mir. Da die bisherigen therapeutischen Bestrebungen der Kollegen erfolglos blieben und der Mann der Pat., wie gesagt, ein Kollege, mich dringendst bat, irgend etwas energisches zu veranlassen, entschloß ich mich, die Pat. im Sanatorium zu narkotisieren, ihr eine kleine Wunde, etwa an der Tonsille, zu setzen und ihr irgend einen Gegenstand als vorgetäuschten Fremdkörper zu zeigen — ein Vorgang, wie er ja oft Erfolg hat. Zufälligerweise war bei der narkotisierten Pat. nur sehr schwer ein kleines Stück der linken Tonsille zu fassen, da fast gar kein Tonsillargewebe da war und bei einem energischen Zug an der Tonsille quoll plötzlich etwa ein Eßlöffel voll dicken rahmigen Eiters hervor. Es handelte sich also offenbar um eine Retentionszyste mit dem bekannten dickflüssigen bis schmierigen Sekrete, wie wir solches ja öfters in kleinerem Maßstabe in Tonsillarnischen sehen. Die Pat. ist gegenwärtig beschwerdefrei, hat aber auch nachher noch herabgesetzte Rachenreflexe behalten, was eben dafür spricht, daß tatsächlich diese Sekretansammlung die Schluckbeschwerden bedingt hat.

Aussprache.

Hr. E. Glas: Auch dieser Fall zeigt, daß man nie verabsäumen soll, mit einem Häkchen den vorderen Gaumenbogen abzuziehen, bzw. durch Druck auf denselben die tieferen Mandelpartien zu kontrollieren, da relativ häufig versteckte Eiterherde hiebei nachgewiesen werden können. Hiebei erinnert Vortr. an einen Fall, über den er vor einigen Jahren referiert hat, bei dem ein wochenlang bestandener septikopyämischer Prozeß von den Tiefen der Tonsillarnischen seinen Ausgang genommen hat, wie man sich eben auf diesem Wege (durch Abziehung der Gaumenbögen mit Butchers Häkchen) überzeugen konnte. Die während des hohen Fiebers ausgeführte Tonsillektomie brachte nach einigen Tagen völlige Heilung. Bei einem anderen Fall, an den sich Vortr. erinnert, wurden täglich Massen dicken Eiters entleert, welcher aus bronchiektatischen Räumen zu kommen schien. Röntgen- und interne Untersuchung negativ. Der Druck auf den vorderen Gaumenbogen brachte aus den Tiefen der oberflächlich gesund aussehenden Tonsille Massen dickflüssigen Eiters hervor. Die Quelle der abundanten Eiterung war hiemit gefunden.

Hr. Roth: Nach der Mitteilung Dr. Hanszels läßt sich schwer sagen, um welchen Prozeß es sich gehandelt haben mag. Mit der Annahme, daß eine aus einer Drüsenverstopfung hervorgegangene Zyste vorgelegen habe, läßt sich die Angabe, daß Eiter ausgeflossen sei, nicht recht vereinbaren, denn den Inhalt derartiger Zysten bildet nicht Eiter, sondern eine rahmartige schmierige Masse.

Der eiterige Inhalt, falls ein solcher festgestellt werden konnte, könnte dadurch zustande gekommen sein, daß tatsächlich eine Zyste bestand,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deren Inhalt nachträglich, also sekundär, infiziert wurde, oder aber es handelte sich um eine vereiterte submuköse Lymphdrüse — aber in beiden Fällen müßten lokale Entzündungserscheinungen bestanden haben, was jedoch von Dr. Hanszel bestritten wird.

Zu dem von Doz. Glas beim Bestehen von chronischen Eiterungen aus der Tonsille oder dem peritonsillären Bindegewebe angegebenen therapeutischen Vorschlage, in derartigen Fällen immer die Tonsillektomie vorzunehmen, möchte ich bemerken, daß ein derartiges heroisches Vorgehen nicht immer unbedingt notwendig erscheint, man kommt vielmehr, wenn es gelingt, mittelst einer Sonde den Fistelgang ausfindig zu machen, durch breite Schlitzung des Fistelganges und Freilegen des Eiterherdes zum Ziele —, die Eiterung und mit ihr der oft damit verbundene septische Prozeß erreichen damit ihr Ende.

Hr. Ad. Heindl will ebenfalls wie Doz. Glas darauf hinweisen, daß in allen Fällen von submaxillarer Drüsenschwellung, kryptogener Sepsis, oder wenn auch nur Schmerzen in der Submaxillargegend gemeldet werden mit Fremdkörpergefühlen, eine genaue Sondenuntersuchung der Tonsillargegend sehr häufig die Ursache aufdecken läßt und die Berechtigung der Klagen der Pat. nachweist. Dem Redner ist es wiederholt gelungen, in Fällen, in welchen auch die Sondenuntersuchung nicht zum Ziele führte, bei Vornahme einer Tonsillektomie einen Eiterherd außerhalb der Kapsel der Tonsille an deren unteren Pol besonders nachzuweisen und aufzudecken. Bei einem Fall seiner Praxis, welcher über solche ziehende Schmerzen und transitorisches An- und Abschwellen der Drüsen der Submaxillargegend klagte, mit zeitweiliger Kakogeusie, war bereits eine Tonsillektomie vorgenommen worden. Und trotzdem diese Beschwerden. Die Tonsillarbucht schien glatt vernarbt auf eine gut ausgeführte Tonsillektomie hinzuweisen. Und doch fand Redner bei wiederholter, nach Cocainisierung vorgenommener Sondenuntersuchung zuerst in der einen, dann in der anderen Seite in der Mitte der glatten Narbe eine punktförmige Fistelöffnung, aus der sich nach Sondierung übelriechendes, fauliges Sekret entleerte. Nach ausgiebiger Spaltung dieser Fistel zeigte sich beiderseits eine Retentionszyste (Absceß), darinnen Tonsillenreste vom oberen Pol herrührend, welcher stehen geblieben war und durch Narben von den Gaumenbögen her überhäutet, glatt verdeckt und eingeheilt war. Nach Entfernung von diesen Resten gelang es, die Pat. von ihren Beschwerden zu befreien.

Hr. K. Kofler: Ich glaube, daß es sich in diesem Falle um einen chronischen Absceß der Mandel gehandelt hat, die allerdings selten sind. Häufiger sind schon die chronischen Abscesse außen von der Kapsel der Gaumenmandel, also im peritonsillaren Gewebe, die sich bei der Tonsillektomie dann entleeren. Es ist natürlich schwierig, ja oft unmöglich, aus derartigen Beschwerden der Patienten, wie sie z. B. diese Frau angegeben hat, sofort auf eine Tonsillarerkrankung zu schließen, und soll man sich mit der Diagnose Hysterie überhaupt nicht so schnell und leicht zufriedengeben.

Hr. L. Réthi: Im allgemeinen treffe ich bei der Indikationsstellung zur Tonsillektomie strenge Auswahl u. zw. aus verschiedenen Gründen, auf die ich hier bei früheren Gelegenheiten wiederholt näher eingegangen bin und die ich nicht nochmals ausführlich besprechen will. In den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meisten Fällen komme ich mit kleineren Eingriffen aus und will nur einen Fall erwähnen, über den ich hier einmal bereits berichtet habe. Der Mann, der an der Klinik v. Neusser lag, hatte, wie sich später zeigte, eine von den Tonsillen ausgehende schwere Sepsis mit Pleuro-Pneumonie, Pericarditis und hämorrhagischer Nephritis und fieberte ein halbes Jahr hindurch, oft bis zu 39 und 40°. Angesichts des dekrepiden Zustandes war die ansonsten indizierte Tonsillektomie geradezu unzulässig. Ich schlitzte daher die Tonsillen und entfernte zahlreiche Pfröpfe, die Reinkulturen von grampositiven Kokken enthielten. Nach einigen Tagen war Pat. entfiebert. Obgleich ich mich nun der Tonsillektomie gegenüber im allgemeinen reserviert verhalte, so erachte ich sie doch in einem Falle, wie der vorgestellte, bei dem insbesondere der Verdacht eines extrakapsulären (wenn auch mehr oder weniger kalten) Abscesses vorliegt, für angezeigt.

III. Hr. Ad. Heindl erinnert daran, daß er in einer Monographie in der Festschrift zum 60. Geburtstag des Hofrates Dr. Ottokar v. Chiari, Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1913 „die Syphilis des Stirnbeines und der Stirnhöhlen", darauf hingewiesen hat, daß diese Erkrankungen nicht so selten sind und häufig ihrer Natur nach nicht erkannt werden. War es ihm seither schon gelungen, mehrere solche Fälle zu sammeln, so möchte er auch heute wieder einen neuen besprechen.

Feldwebel N. N. kommt mit der Diagnose Empyema sinus front. d. zugewiesen in seine Behandlung. Klagt angeblich seit 5—6 Tagen über stark zunehmende Stirnkopfschmerzen rechts (Temperaturen waren nicht festgestellt), die rechte Supraorbitalgegend pastös geschwollen, Ödem des rechten oberen Augenlides, Ptosis, Protrusio bulbi nach unten. In der Nase keine Polypen, kein eitriges Sekret, mittlere Muschel etwas turgeszent geschwellt, Lues wird geleugnet. Resektion des vorderen Anteiles der mittleren Muschel, um den eventuell gestauten Sekretabfluß zu schaffen. Sondierung des Ductus nasofrontalis gelingt auch nach Eröffnung durch die vorderen Siebbeinzellen nicht. Antiphlogistische Behandlung. Pat. wird zwei Tage später zur Revision bestellt. An diesem Tage derartige Verschlimmerung des Allgemeinbefindens und der lokalen Erscheinungen (Zunahme des Ödems und der Protrusio bulbi, durch eine pastöse Schwellung der ganzen Supraorbitalregion mit deutlich tastbarer Fluktuation in der Tiefe und Erweichung des Knochens), daß noch am selben Abend zur Radikaloperation von außen geschritten wird. In der Nase noch immer kein eitriges Sekret sichtbar. Narkose, Operationsvorgang nach Killian. Nach Abhebelung des Periostes entleert sich ein Löffel teils rahmigen, teils flüssigen krümeligen Eiters aus dem Supraorbitalraum und ist mit der Sonde die Herkunft desselben aus einer linsengroßen, nekrotisch gewordenen Knochenpartie, welche dem lateralen Anteile des supraorbitalen Recessus der Stirnhöhle angehört, sichergestellt. Eröffnung der vorderen Stirnhöhlenwand mittelst Meißel und Abtragung derselben unter fortwährender Sondierung mit der Hajekschen Knochenzange unter Erhalten der Killianschen Knochenspange. Dabei zeigt sich, daß die Stirnhöhle stark nach oben in einzelnen Recessusse erweitert und gefächert ist. Der Medialrecessus ist nahezu abgeschlossen durch eine Knochenspange, die zum Siebbein führt. Mißfärbige Schleimhaut granuliert mit krümeligem Eiter dazwischen. Nach Entfernung dieser Schleimhaut gelingt es noch immer nicht, der Sonde den Ausweg in das Siebbein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und durch dieses in die Nase zu finden. Da sich auch die Knochenspange als zu sehr arrodiert erweist, so daß die Erhaltung dieser einen endgültigen Effekt nicht verspricht, wird sie abgetragen bis zum Siebbein und durch endgültige Resektion des orbitalen Anteiles des Stirnhöhlenbodens der Killian in einen Riedl übergeführt. Da noch immer der Ausgang in das Siebbein nicht gefunden wird, wird auch durch einen Meißelschlag ein Teil desselben vorne freigelegt, wobei ein etwa haselnußgroßer, ebenso geformter Osteophyt von glatter Oberfläche abspringt und nun den Zugang zum Siebbein freigibt. Derselbe hatte also den Verschluß der Stirnhöhle gegen das Siebbein verursacht. Seine elfenbeinharte Konsistenz, die auffallende Infiltration der Weichteile, der Zustand der Schleimhaut, der Stirnhöhle, mittlerweile konstatierte Macula corneae, lassen doch den Verdacht, daß hier schon längere Zeit vorher sich ein chronisch-luetischer Prozeß abspielt, nicht von der Hand weisen. Wassermann +. Die später wiederholte genaue Anamnese ergibt, daß vor etwa 13 Jahren ein Ulcus molle angeblich bestanden, welches, obwohl keine Zeichen von Lues bestanden, mit einer Präventiv-Inunctionskur zur Heilung kam. Seither außer den Sehstörungen durch die Macula corneae angeblich keine luetischen Erscheinungen und auch keine spezifische Therapie. Während die ersten Tage die Wunde nach Naht, Drainage in die Nase bei spärlicher Sekretion nicht Heilungstendenz zeigt, ändert sich dies sofort, als nach dem positiven Ausfall des Wassermann eine spezifische Kur eingeleitet wird (Salvarsan). Die Schmerzen und die Schwellung verschwinden. Pat. erscheint nach einigen Wochen vollkommen geheilt, ebenso hat das Sehvermögen durch Aufhellung der Macula corneae sich bedeutend gebessert. — Es handelte sich hier also um einen alten chronisch verlaufenden, teilweise spontan ausgeheilten luetischen Prozeß des Stirnbeines und der Stirnhöhle, der zu einem Verschluß des Ausführungsganges der Stirnhöhle durch einen Osteophyten geführt hatte; dadurch bedingte Retention der Sekrete der Stirnhöhle mit Osteomyelitis nach Durchbruch am Supraorbitaldach und lateralen Winkel der Stirnhöhle. Dieser Anteil der Stirnhöhle, macht Redner nochmals aufmerksam, ist eine Prädilektionsstelle für den Durchbruch des Sekretes und auch für den Sitz der gummösen Erkrankungen des Stirnbeines.

Hr. Glas fragt an, ob Pat. Temperaturen hatte und wie lange das akute Stadium seiner Erkrankung dauerte?

Im Hinblicke auf die Mitteilungen Heindls meint Glas recht wohl, daß eine gummöse Periostitis vorliegt, daß diese aber mit dem Verlegen des Ductus nasofrontalis die Ursache der Stirnhöhleneiterung bot, welche nach der ganzen Schilderung des Falles eine akute, nicht spezifische Stirnhöhleneiterung war. Eine genaue Durchsicht der als syphilitisch bezeichneten Stirnhöhleneiterungen wäre jedenfalls von nöten, da die Zahl dieser Fälle sehr gering sein dürfte. Positiver Wassermann und Periostitis gummöser Natur genügen noch nicht ad diagnosim: Syphilitische Stirnhöhleneiterung.

Hr. K. Kofler: Ich erinnere daran, daß hier vor Jahren Hr. O. Hirsch über einen Fall von tertiärer Lues der Stirnhöhle berichtet hat, der unter dem Bilde einer komplizierten Stirnhöhleneiterung (Kopf-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schmerzen, Fieber, Schwellung über der Stirnhöhle und Eiterabfluß in die Nase) verlaufend zur Radikaloperation der Stirnhöhle bestimmt war. Durch die Aussage des Hausarztes stellte sich rechtzeitig heraus, daß Pat. Lues überstanden hatte. Eine sofort eingeleitete antiluetische Behandlung brachte die Erkrankung allein zum völligen Abheilen.

Hr. Ad. Heindl (Schlußwort): Sprecher hat bei den früher publizierten Fällen betont, daß bei der syphilitischen Erkrankung des Stirnbeines und der Stirnhöhlen durch rechtzeitig eingeleitete spezifische Allgemeinbehandlung in den meisten Fällen vollständige Heilung ohne operativen Eingriff eintritt. In diesem Falle war die Indikation zum operativen Vorgehen durch die das Auge und das Allgemeinbefinden bedrohenden Erscheinungen gegeben. Und wie der Verlauf der Operation und der dabei erhobene Befund zeigte, wäre eine vollständige Restitutio ad integrum auch durch die spezifische Allgemeinbehandlung nicht zu erreichen gewesen, da die Stirnhöhle durch den Osteophyten abgeschlossen war und die Sekretstauung fortbestanden hätte.

IV. Hr. Glas: Demonstration eines 16jährigen Mädchens mit **ausgebreitetem cavernösem Hämangiom** der rechten Wange, der rechten Unterzungengegend, zahlreichen Angiomen der Wangenschleimhaut und einem racemösen angiomatischen Tumor der rechten Tonsille, welcher, die Epiglottis überragend, etwa Walnußgröße zeigte. Subjektive Erscheinungen gering. Es war bis nun nie zu spontanen Blutungen gekommen. Radikale Therapie ausgeschlossen, Radiumversuche angezeigt. Alle übrigen Versuche bei solchen Tumoren (Ligatur der zuführenden Arterien, Alkoholinjektionen in die Tiefe der Geschwulst, Ignipunktur etc.) sind wohl verlassen. Im übrigen können solche Fälle auch unbehandelt gewiß ein hohes Alter erreichen, wenn sie sich vor Traumen entsprechend zu schützen wissen.

Aussprache.

Hr. L. Réthi: Ich empfehle in diesem Falle die Bestrahlung mit Radium angelegentlich. Gerade beim Angiom wurden schon frühzeitig gleich zu Beginn der Radiumära glänzende Resultate erzielt.[2]) Die Frage des Kollegen Glas, in welcher Art und Weise das Radium appliziert werden soll, möchte ich dahin beantworten, daß eine Stelle nach der anderen ohne Übereilung vorgenommen und die Radiumträger von innen und von außen (Kreuzfeuer) verwendet werden sollen. Vorsicht ist hier insoferne notwendig, als man darauf achten muß, die weichen Strahlen möglichst abzuhalten, um keine Oberflächenzerstörungen zu bekommen. Es sollen insbesondere dicke Filter, oder vielmehr statt eines dicken mehrere dünne Filter angewendet werden. Den Träger soll man in Gaze, Watte und dergleichen einschlagen und es empfiehlt sich, von nicht zu kurzen Sitzungen Gebrauch zu machen und den relativ geringen Mengen von penetrierenden harten Beta- und Gammastrahlen Zeit zu geben, in der Tiefe einzuwirken sowie eventuell auch zu desensibilieren.

Hr. K. Kofler: Ich habe in einer der letzten Sitzungen einen Infanteristen mit einem großen Hämangiom der rechten seitlichen Pharynxwand vorgestellt, das auf zweimalige kurzdauernde, wenig intensive Radiumbehandlung völlig ins Verschwinden und Ausheilen gebracht wurde.

[2]) Siehe insbesondere Polland und Wickham und Degrais.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als Folgen der Radiumbestrahlung konnten damals merkwürdige Erscheinungen beobachtet werden.

V. Hr. G. Hofer: 1. Meine Herren! Ich zeige Ihnen hier zunächst ganz kurz einen Fall von **Totalexstirpation des Larynx mit Resektion des Zungenbeines und des Zungengrundes wegen Plattenepithel-Carcinom** des Larynxeinganges mit Übergreifen auf den Zungengrund.

Der Pat. litt seit Dezember vorigen Jahres an Atembeschwerden und kam vor 16 Tagen an die Klinik. Der Tumor betraf den ganzen Larynxeingang und hatte bereits auf beide Stimmbänder übergegriffen, ebenso auf die Epiglottis und den Zungengrund, über die letzteren hinaus etwa 2 *cm*. — Operation wurde am 19. Mai d. J., also genau vor 17 Tagen von mir in Lokalanästhesie ausgeführt, und zwar derart, daß nach beiderseitiger Drüsenausräumung der Larynx oberhalb des Ringknorpels entfernt und Zungenbein sowie Zungengrund teilweise mitreseziert wurden. Der so resultierende Oesophagus-pharynx-Stumpf wurde mit dem gebildeten Hautlappen zu einem Pharyngostoma vernäht, der Trachealstumpf aber nach teilweiser submuköser Resektion des Ringknorpels ebenfalls unter Anlagerung an den Hautlappen vernäht. Die Heilung ging in wenigen Tagen gut von statten, sehr hohe Temperaturen bestanden nicht. Sehr günstig erscheint die Ausheilung des Tracheostomas, das als weitklaffend das Tragen einer Kanüle überflüssig macht. Der Pharynxstumpf wird später gedeckt werden müssen.

M. H.! Warum ich mir erlaube, Ihnen diesen Fall von Totalexstirpation vorzuführen, möchte ich damit motivieren, daß auf die Bildung eines großen Tracheostomas bei den Totalexstirpationen überhaupt besonders hingewiesen werden soll. Es macht ein solches Tracheostoma das spätere Tragen einer Kanüle überflüssig, macht den Pat. also von der Kanüle unabhängig und schaltet alle jene Gefahren und Unannehmlichkeiten, welche mit deren Tragen verbunden sind, aus. In allen Fällen, wo bei der Totalexstirpation des Larynx der Ringknorpel erhalten werden kann, ist dies besonders wertvoll. Nachdem Garrè als Erster die Tracheostomen so versorgte, daß er die Ringknorpel subperichondral entfernte und die übrig bleibende Schleimhaut vernähte, die Trachealkanüle aber beließ, so zwar, daß das gebildete Tracheostoma nach oben zu verschlossen war, hat Kofler in einem vor Wochen operierten Falle nach einer partiellen Abtragung des Ringknorpels und nach Hautschleimhautnaht erstmalig das weite Tracheostoma zur späteren Ersparung der Kanüle mit Erfolg angelegt, und ich hier in diesem zweiten Falle durch subperichondrale Excochleation des Ringknorpelringes mit Erhaltung der Platte ähnlich zu einem weiten Tracheostoma ausgebildet. Gleichzeitig erscheint mir, daß in Fällen, wo der Ringknorpel nicht erhalten werden kann, die schiefe Abtragung der Trachea mit partieller subperichondraler Resektion des Knorpels mit nachfolgender Hautschleimhautnaht empfehlenswert ist, denn dadurch kann auch in Fällen, wo der Ringknorpel nicht erhalten werden kann, durch Vergrößerung des Trachealquerschnittes im Sinne eines Ovals eine Vergrößerung des Tracheostomas zwecks nachfolgender Ersparung der Kanüle erreicht werden.

2. Als zweiten Fall demonstriere ich Ihnen eine Pat., welche am Sonntag abends nach dem Genuß von Pferdefleisch starke Schmerzen beim Schlucken aufwies und aus diesem Grunde die Klinik aufsuchte. Schon die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oberflächliche Untersuchung bewies das Vorhandensein eines Emphysems und die starke Schmerzhaftigkeit ließ auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers schließen. Das Allgemeinbefinden der Pat. war vier Stunden nach der Verletzung noch ein gutes. Die sofort vorgenommene röntgenologische Untersuchung verlief resultatlos. Zu sehen war zunächst ein sehr stark geschwollener Hals, an der Vorderseite desselben eine deutlich tastbare Struma, besonders rechts. Heftiges Emphysem an der rechten Halsseite bis über die Brust herabgehend, letzteres teilweise an der linken Seite, eine sehr starke umschriebene Schmerzhaftigkeit in der Höhe des rechten Ringknorpels. Von einer Endoskopie wurde im vorhinein Abstand genommen und sogleich zur Operation geschritten. Der Lokalbefund schien mir für eine Verletzung der rechten Oesophaguswand sprechend, daher wurde rechts die Oesophagotomie vorgenommen. Hierbei mußte zunächst ein mannesfaustgroßer rechtsseitiger Strumalappen reseziert werden. Man gelangte an den Oesophagus und konnte trotz genauen Absuchens keine Verletzung des Oesophagus vorfinden. Endlich konnte man durch Drehung des Oesophagus an der linken Seitenwand, hoch oben in der Höhe des Ringknorpels ein erbsengroßes Loch und einen Fremdkörper feststellen. Es mußte daher nach Resektion der Struma und genauer Abtamponade des Mediastinums nunmehr auf der linken Seite eingegangen werden. Auch hier fand sich ein vergrößerter Schilddrüsenlappen vor, der jedoch durch Luxation nach aufwärts den Zugang zum Oesophagus gestattete. Da ereignete sich aber ein unangenehmer Zwischenfall, bei der starken Seitwärtsdrängung der Luftröhre trat Asphyxie auf, die durch die künstliche Kompression der durch die Struma schon komprimierten Trachea hervorgerufen war. Es mußte nun die untere Tracheotomie ausgeführt werden; nunmehr konnte nach Eröffnung des Oesophagus mit Kornzange der spitze, knorpelige Fremdkörper, ein Fleischknochen, extrahiert werden. Nach vorheriger genauer Abtamponade des Mediastinums wurde sodann der Oesophagus vernäht, ein Schlauch durch die Nase eingeführt, die Wunde drainiert und versorgt. Die Pat. ist jetzt den dritten Tag nach der Operation, hat geringe Temperaturen und in relativem Wohlbefinden. Als Komplikation sei noch erwähnt, daß die unruhige Pat. — sie macht den Eindruck einer Manikerin — sich bald nach der Operation, in der Excitation, den eingeführten Schlauch selbst herausriß. Nach zweitägiger Ernährung durch Clysmen konnte heute ein neuer Schlauch eingeführt werden.

Ich glaube, daß bei diesem Falle von Verletzung des Oesophagus durch Fremdkörper oberhalb des Brustbeines besonders auf die frühzeitige Operation Wert gelegt werden muß. Unsere Erfahrungen der letzten Zeit scheinen besonders hierfür zu sprechen und zwar erscheint die absteigende Mediastinitis längere Zeit nach der Verletzung unaufhaltsam.

Aussprache.

Hr. E. Glas: Fälle mit Hautemphysem sollen nicht mehr oesophagoskopiert werden, bei diesen ist die Oesophagotomie am Platze. Daß aber dieser Eingriff in manchen Fällen auch nach längerer Zeit nicht zu spät gemacht wird, dafür sei folgender lehrreicher Fall Beleg: Vor einigen Wochen sah Vortr. eine Frau, die angab, ein Knöchelchen geschluckt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu haben und nun Beschwerden zu verspüren. Im unmittelbaren Anschluß waren Versuche mit Münzenfänger und Schlundsonde gemacht worden, die aber keine Besserung des Zustandes herbeiführten. Da die Pat. angab, das Knöchelchen, welches sie als sehr klein bezeichnete, noch im Halse zu verspüren, laryngologisch nichts konstatiert werden konnte, riet Glas — es war einige Stunden nach Beginn der Erkrankung — zur Oesophagoskopie, welche anstandslos vor sich ging und bei welcher einige Zentimeter unterhalb des Oesophaguseinganges ein Riß in der Wand konstatiert werden konnte. Das Oesophagoskop glitt glatt an der Schleimhautverletzung vorbei, von einem Fremdkörper war nichts zu sehen. Vortr. gab sich mit diesem Befunde zufrieden, da die Schleimhautverletzung bei der sehr ängstlichen nervösen Frau völlig genügte, um diese Erscheinungen hervorzurufen, andrerseits die Pat. sich die nächsten Tage erleichtert fühlte. Zehn Tage später sah Vortr. die Pat. wieder, es bestanden einige Tage subfebrile Temperaturen, Eiskrawatte und Eispillen hatten zwar Besserung erzielt, allein das Fremdkörpergefühl bestand fort. Nun entschloß sich Vortr. vorsichtig zur Einführung einer Schlundsonde, die ähnlich wie das Oesophagoskop am ersten Tage glatt in die Tiefe ging, aber beim Herausziehen an seinem Ende einen fötiden Geruch aufwies. Dieses Moment wies darauf hin, daß irgendwo ein perioesophagitischer Prozeß vorhanden sein müsse, weshalb man zuvörderst — um alles ad diagnosim bereitzustellen — noch eine Röntgenaufnahme machen ließ. Doz. Haudek konstatierte einen großen Knochen im perioesophagealen Gebiete entsprechend der Stelle, wo das Oesophagoskop den Schleimhautriß konstatiert hatte. Oesophagotomie am 11. Tage (Prof. Lorenz) nach vorausgegangener Strumektomie, Entfernung eines über 2 *cm* großen Knochens im perioesophagealen Gebiete. Heilung. — Dieser Fall ist in mehrfacher Hinsicht lehrreich. Ad I. Trotz der zahlreichen negativen Befunde bei Durchleuchtungen bei Speiseröhrenknochenverletzungen soll doch jederzeit, wenn möglich, die Durchleuchtung gemacht werden, damit man sich auf jedem Falle vor Überraschungen schützt. Die Angabe der Pat., daß der Knochen ganz klein gewesen sei, hielt nur in Kombination mit dem Umstand, daß eine Schleimhautverletzung gefunden wurde, davon ab, dieselbe vornehmen zu lassen, da diese Momente allein die Symptome völlig erklärten. Ad II. Die Oesophagotomie wurde am 11. Tage nach dem Trauma ausgeführt und brachte Heilung, weil sich der Prozeß streng lokalisiert hatte und nur zu einer circumscripten Mediastinitis geführt hatte. Ad III. Wiederholung der alten Mahnung: Lasse Münzenfänger, Schlundsonden und sonstige Versuche, den Fremdkörper in die Tiefe zu stoßen!

Hr. G. Hofer (Schlußwort): Zu der Bemerkung des Herrn Dozenten Dr. Glas möchte ich erwidern, daß der zwar an sich sehr interessante und glückliche Ausgang seines geschilderten Falles doch nichts gegen meinen Hinweis auf die frühzeitige Operation bei Oesophagus-Verletzungen beweist. Denn es verhält sich dies ja ähnlich wie etwa bei der Forderung, den akuten Appendix sofort zu operieren, wenngleich wir wissen, daß Ausnahmsfälle durch lokale Abceßbildung und eventuellen Durchbruch desselben nach außen, günstig verlaufen können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Österreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

Sitzung vom 7. März 1916.

Prof. Dr. N. v. Jagic: **Anatomie und Physiologie des Zwerchfells.** Bei den wichtigen Beziehungen der menschlichen Stimme zur Atmung spielt naturgemäß das Zwerchfell als wichtigster Atemmuskel eine besondere Rolle. Die Röntgenuntersuchung ist beim Studium der Zwerchfellbewegungen von geradezu fundamentaler Bedeutung. (Demonstration von Platten und Lichtbildern.) Beim Aushalten eines Tones zeigte es sich, daß das Zwerchfell aus der Inspirationsstellung zunächst ganz langsam, dann aber progressiv in die Exspirationsstellung übergeht. Bei dem in einem Atem gesungenen Staccato rückt das Zwerchfell auch ruckweise hinauf, wobei auch hier die ruckweisen Ausschläge zu Beginn kleiner, gegen Ende der Exspiration immer größer werden. Ähnliche Verhältnisse findet man beim Singen von Skalen in einem Atem. Weitere diesbezügliche Untersuchungen wären vielleicht recht lohnend.

Prof. Dr. C. Réthi: **Die Bedeutung des Zwerchfells für Sprache und Gesang.** Vortragender bespricht zunächst die verschiedenen Formen der Atmung und weist darauf hin, daß beim tiefen Atmen fast immer eine Kombination aller drei Atemtypen (Klavikular-, Flanken- und Zwerchfellatmung) stattfindet. Die Ausatmungsdauer hängt von der Menge der eingeatmeten Luft, von der Kraft, mit welcher dieselbe nach außen getrieben wird und schließlich von der Größe der Abflußöffnung, also von der Weite der Stimmritze ab. Wenn gesprochen oder gesungen werden soll, erschlafft das Zwerchfell und die Bauchmuskeln setzen mit ihrer Tätigkeit ein. Es ist nicht sichergestellt, ob das Nachlassen der Zwerchfellkontraktion eine vollständige ist. Eher dürfte das Zwerchfell in einem gewissen Grade von Spannung sich befinden, so wie wir dies bei Antagonisten überhaupt annehmen, wenn nicht etwa eine exzessive Tätigkeit erforderlich ist und die eine Muskelgruppe nicht eine maximale Tätigkeit zu entfalten hat. Eine antagonistische Spannung des Zwerchfells muß auch schon von vorneherein angenommen werden, weil sonst den Bewegungen Präzision und Sicherheit fehlen würde. Diese physiologische Mitwirkung der Antagonisten bezeichnete Nothnagel als zentrale Irradiation des Willensimpulses. Vielleicht beruht auf dem richtigen Dosieren der Innervation beider Antagonisten das, was man als Atemstütze bezeichnet. In diesem Sinne ist also das Zwerchfell auch ein Phonationsmuskel. Es kann aber auch direkt als Sprachmuskel in Betracht kommen, z. B. bei manchen Formen von Stottern, ferner kann es willkürlich zur Tongebung benützt werden. Bei manchen Tieren, z. B. beim Pferd, bei der Katze ist diese Art der Phonation normal; übrigens kann auch der Mensch inspiratorisch sprechen; es gibt auch eine inspiratorische Singstimme, die kräftiger klingt und größeren Umfang besitzt, als die exspiratorische, aber nicht wohllautend ist.

Im Anschlusse an diese Ausführungen sprach Doz. Dr. Fröschels über die funktionelle Pathologie des Zwerchfells. Der Vortragende besprach die Atemtypen vom pathologischen Standpunkte aus und schilderte das Gutzmannsche pneumographische Verfahren zwecks Gewinnung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Atemkurven, von denen einige (persistierende Fistelstimme, Bulbärparalyse etc.) demonstriert wurden. Seiner Ansicht nach sind die Atemstörungen beim Stottern nichts anderes als ein Begleitsymptom dieses Leidens. (Bekanntlich steht die Gutzmannsche Schule, zu der auch Referent gehört, auf dem entgegengesetzten Standpunkte.)

Sitzung vom 4. April 1916.

Prof. Dr. C. Réthi: **Die Beziehungen zwischen der Weite der Nasenhöhlen und der Resonanz.** Der Vortragende weist zunächst auf frühere Untersuchungen hin, welche ergaben, daß die Luft der Nasenhöhlen bei hinaufgezogenem weichem Gaumen nicht auf dem Wege durch den Gaumen hindurch in Schwingung versetzt wird, sondern daß die im Kehlkopf erzeugten Schallwellen sich in den festen und weichen Teilen der Sprachorgane, also durch Knochen, Knorpel und Weichteile auf die Nasenhöhle fortpflanzen. Die in den Nasenhöhlen enthaltene Luft gerät somit durch ihre vibrierenden Begrenzungen in Mitschwingung, welche ihrerseits die Erschütterungen durch die festen und weichen Teile der Sprachorgane, nicht aber durch die vibrierende Luft des Rachens oder der Mundhöhle erhalten. Es war nun wahrscheinlich, daß die Konfiguration der Nasenhöhle auf die Resonanzverhältnisse Einfluß haben wird, und daß dieselben je nach der Durchgängigkeit der Nase verschieden sein werden. Die Untersuchungen bezogen sich auf die nasalierten und andererseits auf die nicht nasal gesungenen Vokale, und zwar einmal bei enger und ein anderesmal bei weiter Nase. Eine Erweiterung der Nasenhöhle resp. Freierwerden der Nase hatte stets eine stärkere Vibration der Nasenluft zur Folge. Abgesehen von den kräftigeren Vibrationen gewinnt aber die Stimme auch qualitativ; die Klangfarbe wird eine andere; die Stimme wird weicher und angenehmer. Es hat sich ferner gezeigt, daß die Singstimme nach Freierwerden der Nase in der Regel auch an Umfang gewinnt und schließlich werden auch die Resonanzverhältnisse hiedurch günstig beeinflußt. Bei operativen Erweiterungen der Nase muß man jedoch vorsichtig sein, ein Zuviel ist auch hier schädlich.

Sitzung vom 5. Dezember 1916.

Prof. Dr. R. Pöch: **Technik und Wert des Sammelns von Sprachproben mit dem Phonographen.** Der Vortragende, der als Anthropologe und Ethnograph auf Expeditionen des öfteren die Gelegenheit benützt hat, um sprachliche Aufnahmen zu sammeln, weist auf die Schwierigkeit der Technik derartiger Untersuchungen, die nicht mit den idealen Verhältnissen einer Laboratoriumsarbeit rechnen können, hin. Es handelt sich hauptsächlich 1. um die Methode der Aufnahme, 2. um die Auswahl des aufzunehmenden Materials (einzelne Worte oder Redewendungen und Begrüßungsformeln des täglichen Verkehrs), 3. vor allem aber um die Auswahl des richtigen Individuums. Neben Intelligenz und Kenntnissen sind da auch physische Qualitäten gefordert, wie eine zur Aufnahme geeignete Stimme und deutliche Artikulation. (Demonstration von Phonogrammen.) Réthi betont, daß gewisse Konsonanten durch den Phonographen nicht vollständig wiedergegeben werden. Hugo Stern.

Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Referate.

I. Allgemeines.

Über einige klinisch-bakteriologisch seltene Befunde. Von C. v. Hoogenhuyze und A. de Kleyn. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u Kehlkopfhlk. 101. H. 3. 1917.)

1. Zwei Fälle von Ethmoiditis caseosa tuberculosa. Primäre mikroskopisch und durch Tierversuch nachgewiesene Tuberkulose des Siebbeins mit Durchbruch in die Kieferhöhle, durch Radikaloperation geheilt.

2. Laryngitis ulcero-membranacea (Plaut-Vincent) mit Halsphlegmone. Heilung nach Operation der Halsphlegmone und Bepinselung der Ulcera mit Jodtinktur und H_2O_2 3%.

3. Einen Fall einer im Anschluß an chronische Mittelohrentzündung mit Sinusthrombose aufgetretenen Septikämie, verursacht durch den Bacillus coli communis. Der Colibacillus wurde in Reinkultur aus Eiter und Blut gezüchtet. Leidler.

II. Nase und Nebenhöhlen.

Schußverletzungen der Nasennebenhöhlen, ihre Folgen und ihre Behandlung. Von StA.d. R. Dr. Albert Blau, Priv.-Doz. an der Universität Bonn, zurzeit bei einem Kriegslazarett. Mit 2 Abbildungen. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. s. d. angr. Geb. 102. H. 3/4.)

Mitteilung von 11 einschlägigen bemerkenswerten Fällen.

Ernst Urbantschitsch.

III. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse.

Fremdkörperextraktionen mittelst indirekter Hypopharyngoskopie. Von Karl v. Eicken. (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krhk. d. Luftw. 77. H. 1.)

Mitteilung zweier Fälle, die den Wert der indirekten Hypopharyngoskopie beleuchten. Ernst Urbantschitsch.

IV. Kehlkopf.

Der sogenannte Stimmritzenkrampf kein Krampf, sondern eine Lähmung. Vorschlag eines Mittels dagegen. Von Dr. E. Riese in Karlsruhe. (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Verfasser führt die Erkrankung auf eine Affektion des Sympathicus, dem die permanente Tonisierung der Postici zuzuschreiben ist, zurück und empfiehlt therapeutisch dagegen Hypophysenextrakt, dessen Wirkung in dieser Hinsicht erst praktisch zu erproben wäre.

Ernst Urbantschitsch.

V. Trachea, Bronchien, Oesophagus.

Eine eigenartige Todesursache bei Oesophagusstenose. Von Dr. P. Haren, Assistent der Klinik. Mit einer Abbildung. (Aus der Universitätsklinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten in Straßburg i. E.) Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krhk. d. Luftw. 77. H. 1.)

Der Fall handelt von einer durch Laugenverätzung erfolgten Narbenstriktur des unteren Teiles der Speiseröhre mit einer oberhalb der Striktur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelegenen Fistel, die, durch die Seitenwand des Oesophagus schräg verlaufend, infolge der anderwärts erfolgten Sondierung entstanden, als Via falsa aufzufassen ist. Durch diesen Gang ist während der Röntgenuntersuchung die Kontrastmahlzeit in das Mediastinum durchgetreten.

Ernst Urbantschitsch.

Primärer Krebs der Trachea und des Bronchus. Von Prof. Onodi. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 101. H. 4. 1918.)

Das primäre Carcinoma scirrhosum war schon infolge seiner Lage (im unteren Teile der Luftröhre, übergreifend auf den Bronchus und die großen Gefäße) für einen radikalen chirurgischen Eingriff ausgeschlossen.

Leidler.

VI. Hals, Schilddrüse, Thymus, Mediastinum.

Die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose. Röntgenbehandlung, Behandlung mit Injektionen von Karbolkampfer und Punktionen. Von F. Hercher. (B. kl. W. 1918. Nr. 46.)

Hercher verwirft wie Wilms die operative Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen am Halse und empfiehlt die Behandlung mit Röntgenstrahlen, was in den meisten Fällen zur Rückbildung der Drüsenpakete führt, oder die kombinierte Behandlung mit Röntgenstrahlen und Punktionen der Drüsen und darauffolgender Injektion mit Phenolkampfer nach Chlumski: Acid. carbol. liquefact. 30,0, Camphor. trit. 60,0, Spirit. 10,0. Das Injektionsverfahren bewährte sich sowohl in Fällen von schon vereiterten Knoten, als auch von großen, soliden Knoten sowie bei Fistelbildung und in den Fällen, die sich bei alleiniger Röntgenstrahlenbehandlung refraktär erwiesen. Vollbracht, Wien.

VII. Stimme und Sprache.

Über die Behandlung stimm- und sprachkranker Kriegsteilnehmer. Von Professor Kretschmann, Oberstabsarzt d. L., fachärztlicher Beirat des IV. Armeekorps. (Fortschr. d. M. 1916/17. Nr. 23. 20. V.)

Die vorliegende Abhandlung bietet einen guten Überblick über die an Kriegsteilnehmern zu beobachtenden Sprachstörungen von den durch entzündliche Prozesse bedingten Insuffizienzen der Kehlkopfmuskeln und den durch Verletzungen des Kehlkopfs entstandenen Störungen der Stimme bis zu den zentral bedingten, den rein psychischen Sprach- und Stimmstörungen. Mit Recht wird auf den Wert einer konsequenten und sorgfältigen Übungsbehandlung hingewiesen, doch werden auch andere wertvolle Hilfsmittel, wie z. B. die Elektromassage des Kehlkopfs und dessen innere Faradisation, gebührend gewürdigt. F. Rosenthal.

Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Ötologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Ohren-, Nasen- und Halsabteilung des Garnisonsspitals Nr. 2 in Wien.

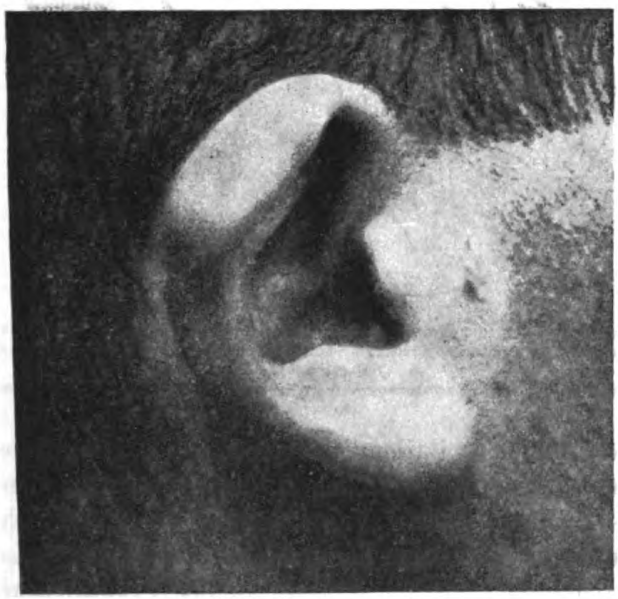
Eine neue Helikoplastik zur Stellungskorrektur und Vergrößerung der Ohrmuschel bei relativer Mikrotie.

Von G. Alexander.

(Mit 5 Figuren.)

Während für Fälle von Makrotie eine Reihe von chirurgischen Methoden angegeben worden ist, die eine kosmetische Korrektur erzielen

Fig. 1.



Relative Mikrotie vor der Operation.

lassen, steht man den Fällen von Mikrotie machtlos gegenüber. Ist die Verkleinerung der Ohrmuschel eine hochgradige, so ist allerdings eine chirurgische Besserung nicht möglich. Es gibt jedoch Fälle von mäßiger Mikrotie, welche mit starkem Abstehen der Ohrmuschel und übergroß entwickelter Umkrempelung des Helixrandes verbunden sind. Auch für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solche Fälle hat bisher eine chirurgische Methode nicht existiert; ich teile deshalb ein Verfahren, das mir in mehreren Fällen einen guten Erfolg verschafft hat, und das, so weit ich die Literatur überblicke, bisher nicht bekannt ist, mit.

Die Fälle von Ohrmuschelanomalien, die ich hier meine, sind durch die beigegebenen Bilder veranschaulicht. Es handelt sich um ein abstehendes Ohr, dessen freier Ohrteil stark nach abwärts und außen umgebogen ist, so daß eine pathologische Verkleinerung des freien Ohrteiles zustandekommt. Zumeist ist auch ein deutliches Vorspringen in der Gegend der Darwinschen Spitze zu konstatieren, das besonders in der Frontalansicht des Kopfes störend auffällt. Von einer chirurgischen

Fig. 2. Fig. 3.

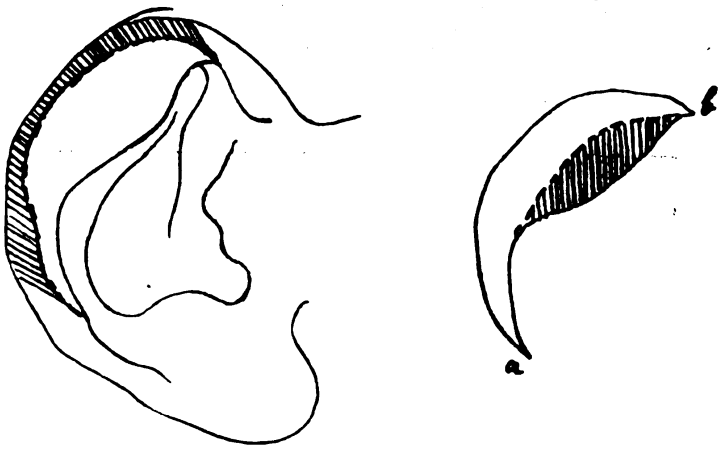


Fig. 2. Die gestrichelte Linie zeigt den Schnitt an, durch welchen das, für die Plastik notwendige Knorpelstück genommen wird. Der schraffierte Teil des Helixknorpels wird gänzlich abgetragen.
Fig. 3. Das durch die Plastik gewonnene Knorpelstück, der schraffierte Teil, wird entfernt.

Korrektur erwartet der Patient Folgendes: 1. Die Beseitigung des störenden Abstehens der Ohrmuschel, 2. die Entfernung des stark überhängenden Helixrandes, 3. eine Vergrößerung des freien Ohrteiles. Der ersten Forderung wird am besten dadurch Rechnung getragen, daß man aus demjenigen Teil der Ohrmuschel, welcher in der Frontalebene des Kopfes gelegen ist, unter strenger Asepsis spindelförmige oder mondsichelförmige Hautknorpel-Hautstücke exzidiert und den entstandenen Defekt durch Naht schließt. Hierdurch wird exakt und bleibend der abstehende Teil des Ohres um die Breite des exzidierten Stückes der Ohrbasis genähert. Dem zweiten Postulat wird dadurch Rechnung getragen, daß man den stark vorspringenden Teil direkt abträgt, wobei es sich hauptsächlich um Knorpelexzision handelt. Auch die kosmetische Störung, die durch den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stark überhängenden Helixrand verursacht wird, läßt sich einfach dadurch beseitigen, daß man das Überschüssige mit der Schere entfernt und die Wunde durch Knopfnaht schließt. Verlegt man dabei den Hautschnitt mehr an die Innenseite des überhängenden Stückes, so kann die Nahtlinie so gelegt werden, daß sie später nicht sichtbar ist. Der kosmetische Erfolg dieses Eingriffes befriedigt jedoch den Kranken nie, die Störung, die durch das starke Überhängen des Helixrandes (Doggenohr) verursacht war, ist zwar beseitigt, die mikrotische Verkleinerung des freien Ohrteiles tritt aber jetzt zumeist noch stärker zutage als vorher. Das von mir ersonnene Verfahren macht es nun möglich, den abgetragenen Knorpelteil

Fig. 4. Fig. 5.

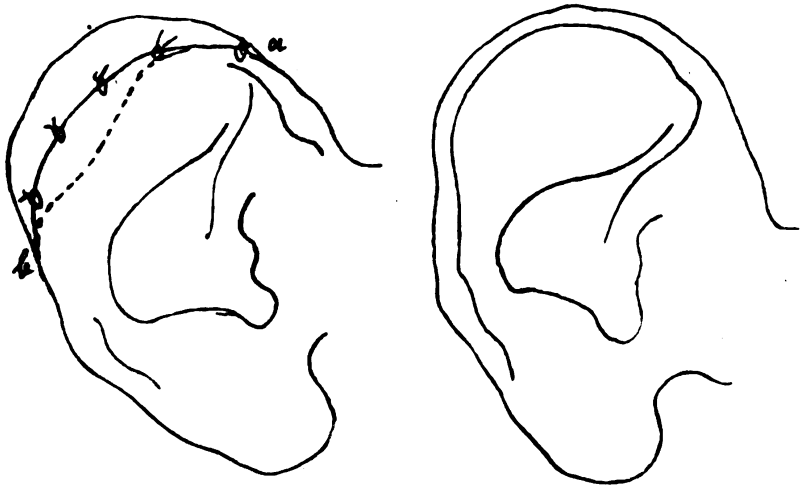


Fig. 4. Das Knorpelstück wird in invertierter Stellung durch Knopfnähte mit dem Ohrknorpel vereinigt.
Fig. 5. Zustand nach erfolgter Heilung, durch Spontanumkrempelung ist ein Helixrand entstanden.

zur Vergrößerung des freien Ohrteiles zu verwenden. Man geht folgendermaßen vor:

Hautschnitt am Helixrand, entlang dem ganzen überhängenden Teil (s. Abbildung), beide Knorpelflächen werden freigelegt, das Perichondrium wird auf dem Knorpel belassen. Nunmehr wird der Knorpel bis an den Helixkörper abgetragen, und zwar so, daß die entstandene Schnittlinie direkt nach aufwärts gerichtet ist, der abgetragene, mondsichelförmige Knorpelteil wird nun ebenfalls verschmälert und sodann invertiert an die Helix durch Knopfnähte befestigt. Der früher nach unten und vorne ragende Teil ist nun direkt nach aufwärts gerichtet, der freie Ohrteil ist um die Breite des sichelförmigen Stückes nach hinten und oben ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

größert worden, allerdings ist dieses Stück flach und läßt eine Einrollung nach vorne und unten vermissen. Nunmehr wird die Haut über dem angenähten Knorpelstück durch Knopfnähte geschlossen. Da der Knorpel, den die Haut nunmehr zu decken hat, kleiner ist als früher und das ganze Hautstück von früher her die Tendenz hat, sich nach vorne und abwärts umzulegen, so ergibt sich von selbst ein schmaler Helixrand, der allerdings nur aus einer Hautduplikatur ohne Knorpelrand besteht. Unter einem gewöhnlichen Deckverband erfolgt Heilung per primam.

Der Erfolg besteht in der Vergrößerung des freien Ohrteiles nach aufwärts um die Breite des implantierten Knorpels.

Aus dem Garnisonsspital Nr. 25 in Sarajevo
(Kommandant: Oberstabsarzt Dr. Josef Halphen).

Traumatische Neurose als Folge einer Selbstbeschädigung des Ohres.

Von Dr. **Rudolf Fischer**, Chefarzt der Ohrenabteilung,
em. Aspirant der Ohrenklinik Hofrat Prof. V. Urbantschitsch, Wien.

Aus der großen Anzahl von Fällen von Selbstbeschädigung des Ohres, die ich seit Kriegsbeginn zu sehen Gelegenheit hatte, glaube ich einen deshalb herausgreifen und ausführlich besprechen zu dürfen, weil sein von Anfang auf das genaueste beobachteter Verlauf nicht nur vom otologischen Standpunkt interessant ist, sondern auch deshalb, weil die Fälle von traumatischer Neurose selten sein dürften, bei denen Ursache und Entwicklung dieser jetzt so verbreiteten Erkrankung objektiv beobachtet werden konnten, ohne daß die mehr oder weniger subjektiven Angaben des Patienten herangezogen zu werden brauchten. Wenn auch naturgemäß die Beobachtungen an einem einzelnen Fall eine Verallgemeinerung nicht zulassen, so bleibt doch der Umstand beachtenswert, daß bei einem vollkommen gesunden, sicher nicht irgendwie neuropathischen Individuum nach einem objektiv beobachteten Trauma — einer schweren Selbstschädigung des Ohres — der ganze Werdegang bis zur vollentwickelten Zitterneurose zu verfolgen war. Leider steht mir die einschlägige Literatur nicht zur Verfügung, so daß ich mich auf die Wiedergabe meiner eigenen Beobachtungen beschränken muß.

Der 27jährige Pat. kam als blühender, kräftiger Mann am 14. X. 1917 wegen eines rechtsseitigen Ohrenflusses auf meine Abteilung. Sofort bei der ersten Untersuchung war die vollkommen manifeste Tatsache einer Selbstbeschädigung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rechten Ohres festzustellen, die, wie ich an anderer Stelle[1]) ausführlich besprochen habe, durch Verätzung — wahrscheinlich mit Salzsäure — herbeigeführt war.

14. X. 1917. Der Mann führt den Zustand seines Ohres auf eine in Albanien durchgemachte Malaria zurück, die im September 1916 bei ihm auftrat und drei Monate gedauert haben soll. — Linkes Ohr ohne krankhaften Befund. — Rechts: Gehörgang derart verätzt, daß eine Besichtigung des Mittelohres, das scheinbar gleichfalls schwer gelitten hat, nur teilweise möglich ist. Fast die ganze vordere Gehörgangswand läßt sich als ein dicker Ätzschorf abheben. Starke, eiterähnliche Sekretion.

20. X Nach Abstoßung des Ätzschorfs aus dem Gehörgang und Hinterlassung tiefer am Rande granulierender Substanzverluste an deren Stelle: Trommelfell eigentümlich aussehend, mit einer fahlgelblichen Komponente und spärlichem matten Reflex, nicht recht elastisch (wie gelatinös), nirgends perforiert. An der hinteren und oberen Gehörgangswand, umgeben von gerötetem, geschwollenen Gewebe, Knochen in großer Ausdehnung bloßgelegt, der sich bei Sondenbetastung rauh anfühlt.

22. X. Trommelfell läßt sich mit der Sonde in Falten legen, ist gänzlich unempfindlich, sicher in toto verätzt und bereits nekrotisch. Die bisher fast täglich vorgenommene Untersuchung ergibt heute zum ersten Mal eine komplette Lähmung des rechten Nervus facialis.

Es war also bereits 8 Tage nach dem Beginn der Beobachtung, der die Verätzung wohl nur um wenige Tage vorangegangen war, eine komplette Lähmung des Nervus facialis vorhanden.

23. X. Das Trommelfell reißt hinten unten ein und kann (wie ein nasser Fetzen) hinaufgeschlagen werden. Dabei zeigt sich, daß auch die ganze hintere Paukenhöhlenwand, sowie der gesamte Inhalt der Paukenhöhle nekrotisch ist. Alle Gebilde zeigen die gleiche fahle, gelblich weiße Farbe des Trommelfells. Der Hammer ist durch leichten Zug zu entfernen und zeigt auch bei genauester Lupenuntersuchung nicht den geringsten Defekt und keine Spur von Caries. Dabei ist nirgends, weder beim Einreißen des Trommelfells noch beim Entfernen des Hammers, eine Spur Blut zu erhalten.

25. X. Trommelfell vollkommen abgestoßen. Nunmehr schwindet auch die Promontorialschleimhaut, so daß an mehreren Stellen, besonders vorn, der Knochen bloß liegt.

27. X. Das ganze Promontorium als weißer, gesunder, rauher Knochen vorliegend.

28. X. Nach dem Ausspülen liegt im Gehörgang der Amboß, wie ein Präparat, tadellos intakt, frei von allen Bändern und dem Periost als rein weißer Knochen. — Der Steigbügel ist nun sichtbar geworden und wackelt bei leisester Berührung hin und her.

30. X. Steigbügel liegt im Hypotympanon und wird mit einem Häkchen herausgeholt und ist genau so vollkommen intakt wie die beiden anderen Gehörknöchelchen.

---

[1]) Dr. Rudolf Fischer, Über Selbstbeschädigung des Ohres. W. m. W.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die vollständige Abstoßung des gesamten Mittelohres dauerte also 8 Tage. Die schädigende Wirkung des angewendeten Mittels macht sich nunmehr im Auftreten von Labyrintherscheinungen bemerkbar, die wohl nicht anders als eine Verödung des Vestibularapparates durch die ätzende Substanz aufzufassen sind. Gleichzeitig tritt an Stelle der Schwerhörigkeit eine anscheinend komplette Taubheit des betroffenen Ohres, doch sind die Ergebnisse der Funktionsprüfung des Cochlearis nicht voll verwertbar, weil die Untersuchungen ohne Lärmapparat vorgenommen werden mußten, und das Bestreben des Mannes zu aggravieren den absoluten Wert seiner Angaben beeinträchtigte.

31. X. Mäßiger, aber konstanter und deutlicher horizontal-rotatorischer Nystagmus ersten Grades beim Blick nach links. Beim Blick nach rechts kein Nystagmus. Fallreaktion und Zeigeversuch dem Nystagmus entsprechend typisch (im Sinn der langsamen Komponente).

1. XI. Schwindel und Schwanken beim Gehen. Mit geschlossenen Augen schweres Taumeln und Fallen nach rechts. Langdauernde kalorische Spülung mit warmem Wasser (48°) ohne Einfluß auf die bestehenden Labyrinthsymptome und ohne subjektive Beschwerden.

3. XI. Nystagmus zeitweise auch zweiten Grades wie oben andauernd. Vordere Gehörgangswand vollkommen normal. An der hinteren Gehörgangswand unmittelbar vor dem Niveau des Trommelfells, etwa 1 *cm* breit, rauher Knochen. Vor den Knochen des Promontoriums schiebt sich von vorn eine schmale Granulationskante.

13. XI. Granulationen fortschreitend. Geringer spontaner Nystagmus beim Blick nach links. Schwindel.

17. XI. Kein spontaner Nystagmus mehr. Dauernd stark taumelnder Gang. Kalorische Vestibularreaktion rechts nicht auslösbar. Drehreaktion mangels geeigneter Behelfe nicht geprüft.

20. XI. Erysipel.

Das nun aufgetretene Erysipel macht die Abgabe des Mannes auf eine Infektionsabteilung notwendig. Die nun folgenden Anmerkungen lassen bereits die Zitterneurose erkennen, die also bereits 7 Wochen nach dem Auftreten des Labyrinthschwindels und etwa 11 Wochen nach der Verätzung zur vollen Deutlichkeit entwickelt war, ein Zeitraum, während dessen der Pat. größtenteils zu Bett lag.

2. I. 1918. Ausfluß aus dem rechten Ohr. Nach Reinigung zeigt sich, daß der Gehörgang blind endigt. Reichliche Granulationen in der Tiefe. Facialisparese unverändert. Gang außerordentlich unsicher, taumelnd und schwankend.

6. I. Die tastende Unsicherheit des Mannes wird immer mehr von Tremores verdrängt, die hauptsächlich an den Beinen beim Gehen, aber auch in den Armen und Händen und zeitweise im ganzen Körper zu merken sind. Bei psychischer Ablenkung sistiert das Zittern größtenteils.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es trat dann wieder ein Erysipel des Gesichtes, von der Nase ausgehend, auf, das ziemlich schwer verlief. Nach seiner Rücktransferierung auf die Abteilung notierte ich Folgendes:

25. II. Gehörgang rechts von normalem Lumen. Besonders an der Vorderwand desselben glatte Narben. Etwas hinter dem Niveau des Trommelfells eine resistente, vollkommen epithelisierte Fläche, die, ohne irgendwo eine Abgrenzung erkennen zu lassen, überall in die Gehörgangswand übergeht und so den Grund des blind endigenden Gehörgangs bildet. — Facialisparese unverändert. Kein spontaner Nystagmus. Kalorische Spülung mit kaltem Wasser auch bei langer Dauer des Versuches ohne objektive oder subjektive Reaktionserscheinungen. Links etwas erhöhte vestibulare Erregbarkeit. Bei der Fallreaktion nur starkes Zittern der Beine, kein Schwanken. Zeigeversuch durch starken Tremor beeinträchtigt, jedenfalls kein grober Zeigefehler.

28. II. Neurologischer Befund (OA. Dr. Bruno Fischer): Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels. Pupillen mittelweit, gleich, rund, reagieren prompt auf Licht und Akkommodation. Gesichtsfeld bei grober Prüfung nicht eingeschränkt. Kein spontaner Nystagmus. Trigeminus ohne Besonderheiten. Die rechte Nasolabialfalte verstrichen. Bei Innervation bleibt die rechte Gesichtshälfte vollkommen unbeweglich und das rechte Auge kann nicht geschlossen werden. Zunge leicht zitternd, in der Mittellinie vorgestreckt. Rachenreflex vorhanden. Schilddrüse nicht vergrößert. Grobschlägiger Tremor der ausgestreckten Hände. Die Kraftleistung beiderseits herabgesetzt. Die Beweglichkeit und der Tonus der Arme normal. Bauchdeckenreflex lebhaft, Cremasterreflex beiderseits vorhanden. Patellarreflex rechts lebhafter als links, Achillessehnenreflex beiderseits vorhanden. Kein Babinski, kein Fußklonus. Aktive und passive Beweglichkeit der Beine normal. Der Tonus der Beine beiderseits mäßig erhöht, rechts mehr als links. Kraftleistung etwas, besonders rechts, herabgesetzt. Bei intendierten Bewegungen tritt ein grobschlägiger Tremor im Bereiche der Oberschenkel, besonders rechts, auf, durch den das ganze Bein und manchmal der ganze Körper miterschüttert wird. Der Gang ist spastisch-paretisch, engbasig. Die Kniee pendeln in sagittaler Ebene. Anästhesie im Bereiche beider Unterschenkel, rechts einschließlich des unteren Drittels des Oberschenkels, links bis zum Knie. Analgesie mit etwas tieferer Grenze, Verbrennung wird beiderseits, besonders rechts, mit entsprechend verlangsamter Reaktion verspürt. Faradische und galvanische Erregbarkeit des rechten Facialis an Nerv und Muskulatur erloschen. — Diagnose: Hysterische Form der Zitterneurose, komplette rechtsseitige periphere Facialislähmung.

Lassen wir die vielfach angenommene Auffassung, daß zur Entstehung einer traumatischen Neurose außer einem physischen Trauma ein psychisches Moment wirksam sein muß, gelten, so sind diese beiden Faktoren zwanglos auch bei unserem Fall nachzuweisen.

Als das physische Trauma kommt nur die Selbstbeschädigung, bzw. deren Folgeerscheinung, der schwere Labyrinthschwindel, in Betracht. Die ersten Erscheinungen seitens des Labyrinths traten prompt nach Ab-

Generated on 2019-10-24 15:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

stoßung des Stapes auf, und zwar ohne eigentliche Labyrinthitis, als Folge einer langsamen Vernichtung des Vestibularapparates durch das schädigende Agens, das wohl auch gleichzeitig mit den schweren Verätzungen eine energische Desinfektion aller in Betracht kommenden Räume bewirkt hatte. Jedenfalls gewinnt die Auffassung, daß die Ausschaltung des Labyrinths direkt als das Ergebnis der fortschreitenden Zerstörung durch die betreffende Ätzsubstanz anzusehen ist, an Wahrscheinlichkeit durch die analogen Vorgänge am Nervus facialis. Wie hier der Knochen der hinteren Gehörgangswand, so war dort das Promontorium freigelegt. Vom Tage der Aufnahme verging fast eine Woche, bis rauher Knochen an der hinteren Gehörgangswand nachzuweisen war, und bereits am übernächsten Tag war eine komplette Facialislähmung manifest. Dagegen dauerte es vom gleichen Zeitpunkt gerade zwei Wochen, bis der Promontorialknochen bloßlag, und dann noch 5 Tage bis zum Auftreten der ersten Labyrinthsymptome. Die Folgeerscheinungen des Labyrinthausfalls beherrschten dann durch etwa 2 Wochen das Krankheitsbild, doch scheint der eigentliche Labyrinthschwindel kaum wesentlich länger als der Nystagmus, das ist zwei Wochen, gedauert zu haben. Eine genaue zeitliche Abgrenzung ist deswegen unmöglich, weil bereits zur Zeit des Abklingens des spontanen Nystagmus fraglos funktionelle Bewegungsstörungen vorhanden waren, die sich dann immer mehr entwickelten und schließlich ganz an Stelle der labyrinthären Gleichgewichtsstörungen traten.

Das psychische Moment andrerseits ist in dem Umstand gegeben, daß der Mann, der sich selbst so schwer beschädigte, fraglos nicht nur kein Interesse an einer baldigen Heilung hatte, sondern gewiß bemüht war, so krank als möglich zu erscheinen, schon um sich durch eine augenfällig schwere Erkrankung einen gewissen Eindruck zu sichern, von dem er wohl hoffte, daß er der Glaubwürdigkeit seiner Angaben und Rechtfertigungen bei den bevorstehenden gerichtlichen Einvernahmen dienlich sein könnte. Der Einfluß dieser wohl größtenteils unterbewußten psychischen Vorgänge auf die Entwicklung vom Labyrinthschwindel zur Zitterneurose ist wohl kaum zu bezweifeln. Es sei noch hervorgehoben, daß der Mann nirgends Gelegenheit hatte, mit einem anderen Fall von traumatischer Neurose zusammenzukommen, so daß ein Ablernen von einem anderen Patienten vollkommen ausgeschlossen ist.

Es handelt sich also um einen Fall, bei dem nach schwerster Selbstbeschädigung des Ohres Labyrintherscheinungen die Grundlage für die Entwicklung einer traumatischen Neurose bildeten, bei vollkommenem Ausschluß irgendwelcher äußerer Einflüsse, die etwa durch ihr Beispiel hätten wirken können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Graz (Vorstand Prof. Habermann).

Erscheinungsformen der diesjährigen Influenzaepidemie auf dem Gebiete der Laryngo-Otologie.

Von Dr. **Maximilian Kraßnig**, Universitätsassistent.

Verfolgt man mit Aufmerksamkeit die letzten Mitteilungen über die sogenannte spanische Krankheit in den medizinischen Wochenschriften, so gewinnt man immer mehr die Überzeugung, daß die heurige Epidemie keinen wesentlichen Unterschied gegen ihr letztes schweres Auftreten in den Jahren 1889/90 aufweist. Wie seinerzeit spielen auch diesmal die Erkrankungen des Respirationstraktes die Hauptrolle, wie fast alle neueren Beobachter übereinstimmend berichten (Becker, Flusser, Kahler u. a.).

Der Umstand, daß einerseits die Veränderungen an den oberen Luftwegen zu den konstantesten Krankheitsäußerungen der Grippe gehören und daß andererseits die schweren pathologisch-anatomischen Prozesse verhältnismäßig selten und am Lebenden nur laryngoskopisch zu erheben sind, veranlaßt uns, kurz über unsere einschlägigen Beobachtungen zu berichten, um so mehr, als das rechtzeitige Erkennen der vorliegenden Veränderung in Luftröhre und Kehlkopf auch für die Therapie von entscheidendem Einfluß sein kann.

Die Erkrankung der Nasenschleimhaut spielt bei unseren bisherigen Beobachtungen eine nur untergeordnete Rolle; beachtenswert scheint uns dabei das häufige Auftreten von Nasenbluten, sowohl während der Erkrankung als auch in der Rekonvaleszenz; die Blutungen, die oft sehr hartnäckig sind und mehrmals des Tages wiederkehren, fassen wir als den Ausdruck der allgemeinen Gefäßschädigung auf.

Als Lieblingssitz der Schleimhautveränderungen sind aber die Gebilde des Rachens und insbesondere des Gaumensegels hinzustellen. (Huebschmann bezeichnet die Erkrankung der Trachea als das konstanteste pathologisch-anatomische Merkmal.) Ganz gewöhnlich zeigen die befallenen Teile starke Hyperämie bei reichlicher ödematöser Durchtränkung der Gewebe; am deutlichsten wieder ist dieser Zustand ausgeprägt am Zäpfchen und in seiner unmittelbaren Umgebung, gar nicht selten sahen wir hier auch Blutblasen mit Vorliebe wieder gerade an der Spitze der in die Länge gezogenen Uvula.

Etwas genauer wollen wir uns jetzt mit den Veränderungen im Kehlkopf und in der Luftröhre befassen und diese in drei Gruppen zusammenstellen:

1. Veränderungen leichtesten Grades mit Rötung, Schwellung und Ecchymosenbildung in der Schleimhaut.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Veränderungen höheren Grades mit starker Exsudation in das entzündete Gewebe und Fibrinablagerung.

3. Veränderungen schweren Grades mit nekrotisierender Entzündung.

Ad 1. Wir finden die Schleimhaut hauptsächlich absteigend von den Stimmbändern düsterrot, oft ziemlich trocken, von einzelnen Blutungen durchsetzt. Der Kranke empfindet dabei ein ungemein quälendes Gefühl von zusammenziehendem Schmerz und Druck, hat beständig den Drang zum Schlucken, wodurch die Beschwerden aber nur erhöht werden. Die Stimme kann in solchen Fällen noch ganz frei sein.

Ad 2. Bei den vorwiegend exsudativen Veränderungen kann es sich zunächst um eine mehr oder minder hochgradige ödematöse Schwellung und Auflockerung der Kehlkopf-Luftröhrenschleimhaut handeln, in anderen Fällen tritt dann noch Fibrinausscheidung auf der Schleimhaut hinzu und damit kann es zur Bildung von Pseudomembranen kommen, wie sie von mehreren Autoren (Simmonds, Oberndorfer, Gruber u. a.) besonders auf Grund von Obduktionsbefunden beschrieben werden. Auch wir beobachteten wiederholt in den oberen Luftwegen Fibrinbelege, doch waren sie stets auf kleine Bezirke beschränkt.

Ein etwas anderes Bild scheinen demnach die Fibrinausscheidungen bei kleinen Kindern gezeigt zu haben, von denen Stettner zu berichten weiß. Dieser beschreibt 3 Fälle von Lungenentzündung vom Charakter der Influenzapneumonien, bei denen die Anzeichen von Verengerung der oberen Luftwege vorhanden waren. Einer von diesen wurde obduziert und zeigte Membranenbildung bis in die kleineren Bronchien, wie man sie sonst nur bei schweren Diphtherieverläufen zu sehen bekommt. Auch wir sahen gerade zu jener Zeit Befunde mit ausgedehnter Membranenbildung, die Kinder erstickten; die bei einem derart erkrankten Kinde vorgenommene Tracheotomie brachte fast keine Erleichterung.

Gleichwohl möchten wir unseren Zweifel darüber aussprechen, ob solche Fälle den Influenzaerkrankungen zuzuzählen sind, um so mehr als Stettner selber zugibt, daß in seinem obduzierten Fall (gleich wie bei unserem) auch Löfflersche Bazillen gefunden worden sind.

Sehr häufig beschränkt sich aber das Ödem der Schleimhaut gerade auf die subglottischen Partien, wo schon von Natur aus die engste Stelle des Kehlkopfes liegt. Die Folge davon kann dann hochgradige Atemnot sein. Wir sahen ein solches Vorkommnis bei einer 28jährigen Frau, bei der, obzwar Membranenbildung ganz fehlte, der Lufthunger binnen 12 Stunden so sehr anwuchs, daß die Tracheotomie ausgeführt werden mußte.

In einem anderen Falle von Grippe griff die subglottische Schwellung auch auf das rechte Stimmband über, auf dem im Spiegelbild eine anscheinend festhaftende fibrinöse Membran sichtbar war. Dabei war das kranke

Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Stimmband fast unbeweglich. Auch bei dieser Pat. (einer 31jährigen Frau) nahm die Atemnot in wenigen Stunden eine so bedrohliche Form an, daß tracheotomiert werden mußte.

Wieder in einem anderen Falle beschränkte sich die ödematöse Entzündung auf den Bereich des rechten Aryknorpels und zeigte mehr das Aussehen einer Phlegmone, die das Cricoarytaenoidalgelenk fixierte. Auch hier bestand schon im langsamen Gehen stärkere Atemnot, doch konnte mit Inhalationen und Umschlägen das Auslangen gefunden werden.

Zu den schwersten toxischen Formen der Grippe gehören aber die mit Gewebsnekrose einhergehenden Krankheitsverläufe. Die nekrotisierenden Vorgänge beschränken sich nach den bisherigen Erfahrungen auf die Atemwege. Mehrere Autoren berichten über oft ausgedehnte Epitheldefekte in der Luftröhre, wozu allerdings zu bemerken ist, daß solche Befunde auch bei schweren Formen einer gewöhnlichen katarrhalischen Laryngitis mitunter zu erheben sind; bei bronchopneumonischen Erkrankungen kommt es pathologisch-anatomisch zu Nekroseherden im Lungenparenchym (Dietrich).

Zeichen schwerster Infektion sind tiefergehende Nekrosen, die alle Schichten der Mucosa und Submucosa in sich begreifen. Wir beobachteten einen derartigen Fall mit etwa folgendem Verlauf:

Am 26. X. Beginn der Erkrankung mit Schnupfen, Husten und Fieber (38,4°); am 31. X. ist die Kranke fieberfrei und bei verhältnismäßigem Wohlbefinden.

In der Nacht vom 1.—2. XI. Schüttelfrost, 40° Fieber, hochgradige Halsschmerzen und Schluckbeschwerden und rasch wachsende Atemnot. Laryngoskopisch: ausgedehntes entzündliches Ödem in der Gegend des rechten Aryknorpels, den Recessus piriformis erfüllend und bis gegen den Zungengrund hinaufreichend; Stimmband kaum beweglich. — Inspiratorischer Stridor.

6 Stunden später: Ödem im Wachsen, auf der Höhe der Schwellung beginnen sich zwei etwa 0,5—1,0 cm^2 große Felder von ihrer Nachbarschaft abzuheben, indem die Umgebung durch Blutaustritt eine dunkelbraune Farbe annimmt, die eingeschlossenen Flächen aber matt und glanzlos werden. Nach weiteren 6 Stunden ist die Farbe der beschriebenen Schleimhautflächen grauweiß, bereits deutlich im Spiegelbild als nekrotisch erkennbar. Die Schwellung nimmt weiter zu und greift auch über das Stimmband auf die subglottische Schleimhaut weiter.

Die äußerst heftigen Schluckbeschwerden konnten zu diesem Zeitpunkt wirksam durch eine Alkoholinjektion in den N. laryngeus sup. bekämpft werden. Das Fieber bleibt dauernd zwischen 39 und 40°.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter sehr starken Schmerzen in der linken Seite tritt eine kroupöse Lungenentzündung ein, welche im Verein mit der schweren Kehlkopfentzündung in kaum 36 weiteren Stunden zum Tode führt.

Die Sektion zeigt die völlige Nekrose der oben beschriebenen Schleimhautpartien am Kehlkopfeingang — das Perichondrium war nicht ergriffen —, außerdem ein hanfkorngroßes Geschwür an der Innenfläche des rechten Aryknorpels von stark hyperämischer und ecchymosierter Schleimhaut umrändert.

Was nun den Verlauf der Lokalerkrankung in Kehlkopf und Luftröhre im Rahmen der Gesamterkrankung der Grippe anlangt, so haben wir hierüber folgende Erfahrungen gemacht:

Die schweren Veränderungen in den oberen Atemwegen durch Ödembildung, Fibrinauflagerung und Gewebsnekrose treten immer erst einige Tage nach Beginn der Erkrankung auf, bei den von uns beobachteten Fällen am 3.—5. Tage. Nun wird aber von den allermeisten Autoren übereinstimmend angegeben, daß die primäre und oft auch einzige Lokalisation der Grippe sich gerade an der Schleimhaut der oberen Luftwege findet. Dieser Widerspruch ist vielleicht in der Weise zu lösen, daß die obgenannten schweren Prozesse der Ausdruck von Sekundärinfektionen sind und mit den Veränderungen an der Einbruchstelle keineswegs identisch zu sein brauchen.

Bei der Frage der Therapie wäre abgesehen davon, daß sich uns in dem oben erwähnten Falle hochgradiger Schluckbeschwerden bei einseitigem Sitz der Phlegmone am Kehlkopfeingang die Alkoholinjektion in den Nerven sehr bewährte, vor allem die Indikation zur Tracheotomie zu besprechen.

Zwei Punkte sind bei dieser Erwägung nicht zu übersehen, daß erstens die Influenzapneumonie oft urplötzlich so starke Atemnot hervorbringen kann, daß bei gleichzeitig vorhandener Verschwellung des Kehlkopflumens auch für den Erfahrenen die richtige Einschätzung dieser beiden Momente sehr schwierig sein kann und zweitens, daß die Schwellung der Bronchialschleimhaut und insbesondere die Bildung von Pseudomembranen so tief hinabreichen kann, daß auch in einem solchen Falle der Luftröhrenschnitt nur geringen oder keinen Erfolg haben kann. Es liegt unseres Erachtens in der Natur der Sache, daß man im Zweifelsfall lieber einmal ohne den erwarteten Erfolg tracheotomiert als in einem anderen Fall den lebensrettenden Eingriff unterläßt.

Über die im Anschluß oder Verlauf von Grippe beobachteten Erkrankungen des Ohres wäre zu berichten, daß die heurige Epidemie nicht gerade besonders häufig Komplikationen von Seiten des Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hörorgans zur Folge hatte. Das schon längst bekannte Bild der Influenzaotitis, die Myringitis bullosa wurde wiederholt gesehen, manchmal in so weitgehender Entwicklung, daß eine einzige blauschwarze, mit Epidermisschüppchen bedeckte Blutblase den ganzen Gehörgang ausfüllte.

Entsprechend dem raschen, durch die Exsudation bedingten Anstieg der Gewebsspannung im Trommelfell und Mittelohr waren die begleitenden Schmerzen oft ganz unerträglich; wenige Stunden (5—12) reichten aus, um aus voller Gesundheit hochgradige Blasenbildung am Trommelfell hervorzubringen. Wurde in diesen stürmischen Fällen die Paracentese frühzeitig ausgeführt, so fiel uns mehrmals der rasche Ablauf aller Erscheinungen auf, wir konnten schon in 3—5 Tagen das Ohr wieder trocken und das Trommelfell in all seinen Einzelheiten deutlich gezeichnet sehen.

Weiters fiel uns mehrfach die schwere Funktionsstörung bei verhältnismäßig geringer oder ganz fehlender Entzündung im Mittelohr auf. Dabei handelte es sich fast ausschließlich um Leute, die gleichzeitig an Lungenentzündung erkrankt waren oder eine solche knapp vorher überstanden hatten. Von einer Pat., bei der freilich beide Mittelohren erkrankt waren, jedoch auf beiden Seiten eine starke Schwellung oder Vorwölbung des Trommelfells fehlte und auch im weiteren Verlauf keine Eiterung eintrat, wurde nur noch ganz laute Sprache unmittelbar am Ohre verstanden. Die Knochenleitung fanden wir in diesem Falle von 25" auf 10"—15" herabgesetzt. Subjektiv klagten die Kranken nur über Ohrensausen und Eingenommensein des Kopfes. Schwindel fehlte.

Zur Bakteriologie der Influenza ist gerade bei der diesjährigen Epidemie viel geschrieben worden, ohne daß nach den Literaturberichten eine endgültige Klärung bisher geglückt wäre. Gleichwohl neigt die Mehrzahl der Autoren der Auffassung zu, daß es sich bei den komplizierten verlaufenden Influenzafällen (die mit Lungenentzündung, nekrotisierender Schleimhautentzündung, Encephalitis usf. einhergehen) um Sekundärinfektionen durch eine Art Streptokokken handle (Wiesner, Mandelbaum, Dietrich u. a.).

Ich kann mit meiner kleinen Zahl von 5 bakteriologischen Befunden natürlich keineswegs zu dieser Frage Stellung nehmen. Dennoch halte ich diese Befunde insoferne für bemerkenswert, als sie mit der Exaktheit eines Experiments dadurch gewonnen wurden, daß wir bei typischen Influenzaerkrankungen, in deren Verlauf eine bullöse Myringitis auftrat, durch Eröffnung solcher Blasen mit der Paracentesennadel das Material zur bakteriologischen Untersuchung herausholten. Der Befund ergab jedesmal gram positive Streptokokken, die sehr häufig auch als Diplokokken angeordnet waren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literatur: E. Becher, W. m. Kl. 1918. 41. — Brasch, M. m. W. 1918. 30 — Dietrich, M. m. W. 1918. 34. — Edelmann, W. kl. W. 1918. 32. — Flusser, W. kl. W. 1918. 42. — Gruber und Schädel. — Hesse, M. m. W. 1918. 30. — Huebschmann, M. m. W. 1918. 44. — Kahler, W. kl. W. 1918. 41. — Lubarsch, Referat. M. m. W. 1918. 31. — Mandelbaum, M. m. W. 1918. 30. — Oberndorfer, M. m. W. 1918. 30. — Pichler, W. kl. W. 1918. 32. — Rosenow, M. Kl. 1918. 30. — Simmonds, M. m. W. 1918. 32. — Stettner, M. m. W. 1918. 32. — Strümpell, M. m. W. 1918. 40. — Wachter, D. m. W. 1918. 43. — Wiesner, W. kl. W. 1918. 41.

Aus der Ohren-, Nasen- und Halsabteilung des Garnisonsspitales Nr. 2, Wien (Chefarzt: Prof. Dr. Gustav Alexander).

Zur Frage der traumatischen Taubstummheit.

Von **G. Alexander.**

Der Krieg hat in einer überraschend großen Anzahl von Fällen zu bleibenden Störungen des inneren Ohres geführt.

Die verschiedenen Gruppen dieser Verletzungen haben E. Urbantschitsch und ich zum Gegenstande eingehender Untersuchungen gemacht, die sich auf Beobachtungen an mehr als 2000 Verletzten stützen.

In der Fürsorgeaktion für Verwundete spielt derzeit die Festsetzung der materiellen Zuwendungen unter Berücksichtigung des Grades der infolge der Verwundung verminderten Arbeitsfähigkeit eine bedeutende Rolle. In einer Enquete über diesen letzteren Gegenstand, in welcher zwecks Bestimmung der Verwundetenzulage die verschiedenen Grade und Formen der Ohrverletzungen durchgesprochen wurden, bin ich für die Aufstellung des Begriffes der traumatischen Taubstummheit eingetreten. Da man mir mitteilte, daß bisher ein solcher Fall als Kriegsverletzung nicht beobachtet sei, halte ich die Mitteilung des folgenden Falles für notwendig.

Ich will gleich hier erwähnen, daß Fälle dieser Art sicher selten sind, sie kommen jedoch vor und verlangen meines Erachtens eine verständnisvolle Würdigung vom forensischen Standpunkte aus.

Gesichtsschädeldurchschuß mit beiderseitiger Ertaubung und temporärer Kiefersperre: Temporärer Verlust der Sprache, Ablese- und Artikulationsunterricht in der Taubstummenanstalt mit dem Ergebnis einer Lautsprache, die alle Charaktere der Sprache der Taubstummen trägt. Man beobachtet unbeholfene „schwere“ Artikulation, holprige Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprache besonders der Zungen- und Lippenlaute, Monotonie. Späte Rückkehr eines geringen Hörvermögens auf dem rechten Ohre (differenzierendes Vokalgehör, kein Wortgehör).

J. Bl., Schütze im Landw.-Sch.-Reg. Nr. 15 in Troppau, geb. in Würbental, Schlesien, 1895.

Anamnese: Keine Schwerhörigkeit in der Familie, Pat. hatte in der Kindheit Masern durchgemacht, war bis 20. VII. 1915 stets ohrgesund. An diesem Tage erlitt er im Felde einen Schädeldurchschuß mit Einschuß am rechten Jochbein und Ausschuß am linken Kiefergelenk. An die Verletzung schloß sich eine ungefähr einstündige Bewußtlosigkeit. Als er aus derselben erwachte, erbrach er. Es bestand damals heftiger Schwindel mit Scheindrehung der Umgebung (Richtung vermochte er nicht anzugeben), er konnte nicht gehen. Es kam zu einer bedeutenden Schwellung der Kiefer- und Mundregion, er vermochte durch 14 Tage nicht zu sprechen. Seit der Verletzung ist er taub und hat oft subjektive Geräusche, die in Sausen und Klingen in beiden Ohren bestehen. Vom 26. VII. bis 10. IX. 1915 lag er im Spital in Teschen, kam dann auf dem Wege mehrerer Spitäler in die Nervenklinik nach Graz (7. VII. 1916), später in die Kopfschußstation Prof. v. Wagner nach Wien, endlich wurde er am 21. X. 1916 mit der Diagnose „nicht heilbare Taubstummheit" in das österreichische Taubstummeninstitut nach Wien transferiert, woselbst er Unterricht im Ablesen und Artikulieren erhielt. Seinem Lehrer, Herrn Rudolf Urbanetz, verdanke ich folgende Mitteilungen (25. I. 1919): „Zur Zeit der Aufnahme sprach Bl. sehr undeutlich, sein Wortschatz war jedoch normal, auch konnte er alles lesen. Er wurde im Einzelunterricht vorgenommen und machte im Ablesen rasche Fortschritte. Er hat als Kind eine 3klassige Volksschule mit gutem Erfolge absolviert, schreibt orthographisch, ist intelligent. Im unverminderten Besitz aller psychischen Sprachvorstellungen spricht er lieber artikulierend, als daß er sich der Zeichensprache bedient. Er hat daher die letztere nur unvollständig erlernt. Seine mangelhafte Artikulation (er hat seit Beginn des Unterrichtes nie ein reines „a" gehabt) ist darauf zurückzuführen, daß er den Mund schlecht öffnen konnte und an chronischem Schnupfen litt. Im Beginne erhielt er täglich durch 2 Stunden Unterricht, jetzt wird ihm nur 2mal wöchentlich durch je 1 Stunde ein Übungsunterricht im Ablesen erteilt." Seit der Verletzung ist das Sehvermögen verschlechtert, Sehstörungen haben sich auch noch in der letzten Zeit gezeigt. Vorige Woche wurde Pat. beim Lesen eines Lesestückes von starkem Schwindel ergriffen, so daß er nicht weiter lesen konnte. In letzter Zeit, d. h. seit etwa 3—4 Wochen, merkte Pat., daß sich am rechten

Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Ohre ein geringes Hörvermögen wieder eingestellt hat. Keine Geschlechtskrankheiten.

Status praesens vom 15. I. 1919: Mittelgroßes, mittelkräftiges, intelligentes Individuum.

Otoskopischer Befund rechts: Reaktionslose, nicht pigmentierte Ein- und Ausschußnarbe (Einschußnarbe am rechten Jochbein, Ausschußnarbe am linken Kiefergelenk). Rechtes Trommelfell retrahiert, Glanz vermindert, links normal.

Nasen-Rachen-Kehlkopf: Verkrümmung der Nasenscheidewand nach rechts mit Leistenbildung und konsekutiver Hypertrophie beider unteren Muscheln, geringgradige adenoide Vegetationen.

Funktioneller Ohrbefund: Rechts: Differenzierendes Vokalgehör für Luft-, ohne Kopfknochenleitung. Links: Taubheit.

Auropalpebraler Reflex: Rechts auslösbar, links nicht vorhanden. Labyrinth: Kein Spontannystagmus, Reflexerregbarkeit beider Labyrinthe für alle Reizqualitäten normal.

Pat. liest von den Lippen gut ab, es kommt jedoch mitunter vor, daß er plötzlich im Ablesen versagt und dann auch einfache, ihm sonst geläufige Worte nicht abzulesen vermag. Er erklärt dies damit, daß er durch angestrengtes Absehen leicht schwindlig werde und dann nicht denken und nicht ablesen könne. So hat er z. B. plötzlich, nachdem er vorzüglich von den Lippen abgelesen hat, das Wort „wann" von den Lippen nicht ablesen können.

Augenbefund (Frau Dr. Gstettner: Bf. Nr. 163.314): Beiderseits Fundus normal, geringe Myopie, Visus normal, Medien klar.

Nervenbefund (Prof. Dr. Karplus): Objektiver Befund negativ, die eigentümliche Sprache ist als sekundäre Folge seiner Taubheit anzusehen.

Epikrise: Zunächst mögen 2 Tatsachen Erwähnung finden: Der Pat. hat infolge eines Gesichtsschädeldurchschusses eine doppelseitige Taubheit akquiriert. Beide Labyrinthe sind fast normal geblieben (s. u.). Es hat sich in dem Falle die alte Erfahrung bewahrheitet, daß das Labyrinth und der Labyrinthnerv der gleichen Schädigung gegenüber weniger vulnerabel sind als das innere Ohr. Über den Verletzungsmechanismus lassen sich nur Vermutungen äußern. Nach dem Charakter der Einschußnarbe liegt ein Fernschuß vor, die Detonation dieses Schusses hat gewiß keine Ursache für die Ertaubung abgegeben. Das Ohrtrauma ist somit durch den Durchschuß veranlaßt worden oder durch einen in der Anamnese allerdings nicht erwähnten Detonationslärm, in dem sich der Kranke damals befunden hat. Der zeitliche Zusammenfall des Eintrittes der Ertaubung mit dem Durchschuß macht es allerdings im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

höchsten Grade wahrscheinlich, daß dieser letztere die alleinige Ursache für den doppelseitigen totalen Hörverlust abgegeben hat. Die zweite Tatsache, die vom Standpunkte der Pathologie der Verletzungen des Acusticus von Interesse ist, ist das späte Einsetzen einer allerdings geringgradigen spontanen Besserung, die sich auf dem rechten Ohre gezeigt hat. Nach der am 20. VII. 1915 erfolgten Verletzung war Pat. durch $3^1/_2$ Jahre total taub und erst jetzt hat sich ein allerdings sehr geringer Hörrest auf dem rechten Ohre gezeigt. Erwähnen muß ich, daß ich den Kranken zum ersten Male im Januar 1918 untersucht habe. Zu dieser Zeit war Pat. beiderseits komplett taub. Die Angabe des intelligenten Pat., daß sich die Hörreste erst in den letzten Wochen gezeigt haben, verdient somit vollen Glauben. Die Tatsache zeigt, daß selbst noch nach einigen Jahren eine traumatische Taubheit einer spontanen Besserung fähig ist.

Was nun die sonstigen Eigentümlichkeiten des Falles betrifft, wäre Folgendes zu sagen: Außer seiner Taubheit hat Pat. durch den Schädeldurchschuß noch zwei Verletzungfolgen erlitten, die für das Auftreten der Stummheit von Bedeutung sind. Nach den Daten der Anamnese ist es nicht zweifelhaft, daß er eine Gehirnerschütterung erlitten hat und daß durch die Kieferverletzung mindestens 2 Wochen jede Kieferbeweglichkeit unmöglich war. Die mit den motorischen Folgen der Kieferverletzung vereinigten psychischen Folgen der Gehirnerschütterung haben bei ihm nach überraschend kurzer Zeit zu einem temporären Verlust des Sprachvermögens, d. h. zur Stummheit geführt. Nachträgliche Angaben weisen zwar darauf hin, daß der Kranke mindestens während der letzten Monate 1915 ein gewisses Sprechvermögen besessen hat, es ist jedoch nach den Angaben des Kranken und nach dem Berichte des Taubstummenlehrers nicht zweifelhaft, daß zur Zeit der Einlieferung in das österreichische Taubstummeninstitut in Wien das Artikulationsvermögen des Kranken gestört war und er nur im Besitz der Artikulationsvorstellungen war. Durch methodischen Unterricht im Ablesen wurden seine Fähigkeiten wieder erweckt, der Kranke erwies sich dabei als intelligent und zeigte bald eine geistige Rührigkeit, der zufolge er auch bestrebt war, Lücken seiner früheren geistigen Bildung auszufüllen. Er liest derzeit mit ziemlicher Geläufigkeit von den Lippen ab.

Daß zwischen dem normalen Zustande des Bl. und dem Wiedererlangen der Sprache eine Zeitspanne gelegen ist, in der wir ihn vom klinischen Standpunkt aus als stumm bezeichnen müssen, geht mit Sicherheit auch daraus hervor, daß, wie sein Lehrer angibt, vom Beginn des Unterrichtes an die Artikulationssprache, die sich bei ihm entwickelt hat, vollständig der monotonen schwerfälligen Artikulationssprache der Taub-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stummen gleicht, wissen wir doch aus der Erfahrung, daß normale Erwachsene, die allmählich ertauben, niemals ihre Sprache soweit verlieren, daß sie den Charakter der ungelenken Artikulationssprache der Taubstummen erhält. Die Angaben der Anamnese zeigen auch, daß die Labyrinthe des Bl. nicht normal geblieben sind. Heftige labyrinthäre Reizerscheinungen waren unmittelbar nach der Verletzung vorhanden und auch jetzt scheinen noch Anfälle von Labyrinthschwindel mit Nystagmus (mitunter durch Fixation beim Lesen und Ablesen) nicht selten zu sein. Bei der wiederholten Untersuchung des Kranken waren wir jedoch nicht in der Lage, labyrinthäre Reizerscheinungen nachzuweisen, allerdings hat er auch zur Zeit der Untersuchungen nie über Schwindel geklagt; es ist auch nicht selten, daß bei Auftreten isolierter labyrinthärer Schwindelanfälle in der Zeit zwischen den Anfällen das Labyrinth funktionell vollständig normal getroffen wird.

Es ist nicht zu leugnen, daß der Fall zu den selten gesehenen Formen der anatomischen Labyrinthtraumen gehört, ist er doch der einzige Fall von organischer traumatischer Taubstummheit, den ich während des Krieges habe beobachten können. Er zeigt, daß beim Gesichtsschädeldurchschuß durch den zeitlichen Zusammenfall einer direkten Kieferverletzung mit indirekt erfolgter Innenohrverletzung (Ertaubung und Gehirnerschütterung) der Symptomenkomplex der Taubstummheit hervorgerufen werden kann.

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. November 1918.

Vorsitz: A. Politzer.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

A. Politzer: M. H.! Ende September d. J. ist Hofrat Prof. Viktor v. Urbantschitsch nach den in Österreich geltenden Normen vom Lehramte zurückgetreten. Die Österreichische otologische Gesellschaft, zu deren ältesten Mitgliedern und Begründern Prof. v. Urbantschitsch zählt, erachtet es für ihre Pflicht, bei diesem Anlasse dem vom Lehramte scheidenden Vorstand der Ohrenklinik ihre Sympathien und Ehrerbietung zum Ausdrucke zu bringen.

Die Lehrtätigkeit v. Urbantschitschs umfaßte einen Zeitraum von über 40 Jahren. Was v. Urbantschitsch in diesen 4 Dezennien für die wissenschaftliche, didaktische und therapeutische Ausbildung der Otiatrie geschaffen hat, wird in den Annalen der österreichischen otologischen Wissenschaft dauernd verzeichnet bleiben.

Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Kein Zweig unseres Faches, die Anatomie, Physiologie, Diagnostik, Therapie und Otochirurgie, das ihm nicht besondere Förderung verdankt.

Prof. v. Urbantschitsch hat eine große Zahl von Hörern und Schülern um sich versammelt; er hat einen großen Anteil an dem Rufe, dessen sich die Wiener otiatrische Klinik als bevorzugte Lehrstätte für wissenschaftliche und praktische Ohrenheilkunde seit einem halben Jahrhundert diesseits und jenseits des Ozeans erfreut.

So kann v. Urbantschitsch als Ergebnis seines ersprießlichen Wirkens auf eine an Ehren und Erfolgen reiche Laufbahn zurückblicken und die schönsten Erinnerungen an seine klinische Tätigkeit in den Ruhestand mitnehmen.

Als ich vor 11 Jahren mit dem Abschlusse des ersten historischen Abschnittes der Wiener otiatrischen Klinik vom Lehramt zurücktrat, habe ich der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß es meinem Nachfolger gelingen werde, den Ruf und Ruhm der Wiener otiatrischen Klinik zu vermehren.

Einem gütigen Geschicke verdanke ich es, auch den zweiten historischen Abschnitt, der mit dem Rücktritte v. Urbantschitschs rühmlichst abschließt, erlebt zu haben.

So vereinen wir uns alle in dem Wunsche, daß es Herrn Prof. v. Urbantschitsch vergönnt sein möge, in dem wohlverdienten Ruhestande auch fernerhin seinen wissenschaftlichen und künstlerischen Neigungen sich zu widmen und jenes Glückes teilhaftig zu werden, welches eine erfolgreiche Lebensarbeit uns gewährt.

V. Urbantschitsch: Ich spreche Ihnen, Herr Hofrat, und allen verehrten Kollegen meinen herzlichsten und innigsten Dank aus und danke besonders für das Lob, das mir von so hervorragender Seite zuteil wurde.

I. Ernst Urbantschitsch: **Aufmeißelung des Warzenfortsatzes in Hypnose.**

Helene D., 17 Jahre, aufgenommen auf die Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitals am 22. X. 1918.

Anamnese vom 31. X.: Vor 7 Jahren Mumps und rechtsseitige eitrige Mittelohrentzündung; seither zeitweise Ohrenschmerzen rechts. Seit 2 Jahren öfters Kopfschmerzen. Im letzten Monat Ohrenschmerzen rechts, konstantes Sausen und das Gefühl, als ob fortwährend eine Uhr ticke. Anfangs blutiger Ausfluß (2 Tage), dann Eitersekretion, die nach 14 Tagen aufhörte. Seit einer Woche wieder stärkere Kopfschmerzen. Keine Übelkeiten, kein Schwindel. Vor einer Woche war retroaurikulär eine Schwellung aufgetreten, die auf Umschläge wieder zurückging. Vor einem Monat „Lungenkatarrh".

Befund: Rechts Schwellung des äußeren Gehörganges, besonders der hinteren oberen Wand. Trommelfell diffus geschwollen, rosarot, ohne Details; knapp vor dem hinteren oberen Trommelfellquadranten ragt ein kleinerbsengroßer, blaßer, derber Polyp herab. Warzenfortsatz: Periost etwas verdickt, Druckempfindlichkeit sehr stark, weit nach hinten reichend. Linkes Ohr normal. — R —, +; W ➤➤ r., S —(1), =. Kein spontaner Nystagmus, kein Fistelsymptom; kalorische Reaktion: nach 2 Liter kalten Wassers geringste Spuren, v (mit Lärmapparat) = 1 *m*, + 6 *m*.

Röntgenbefund (Dr. Selka): Verschleierung des rechten Warzenfortsatzes, links hell.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7. XI. Operation: Aufmeißelung des Warzenfortsatzes in Hypnose. Zu diesem Zwecke war Pat. bereits vor 1 und 3 Tagen von San.-Lt. Husserl hypnotisiert worden. Die Hypnose ging stets gut von statten, doch trat kein ausgesprochen somnambuler Zustand auf. Unmittelbar vor der Operation Chloräthylbesprayung der Haut. 3 *cm* langer Hautschnitt. Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, der vom Antrum bis zur Spitze mit blassen (fibrösen) Granulationen ganz erfüllt war, Excochleation derselben. Dura und Sinus nicht freigelegt. Keine Ligatur. 2 Klammern im oberen Wundwinkel.

Pat. spürte weder vom Hautschnitt noch vom Aufmeißeln etwas und kann sich daran auch nicht erinnern. Hingegen wurde die Excochleation als leichter Schmerz empfunden. Während dieser Zeit jammerte Pat. etwas, hielt sich aber während der ganzen Operation, die 10 Minuten dauerte, ohne gehalten zu werden so ruhig wie bei tiefster Narkose. Nach der Operation (am Abend) schlief Pat. mit einmaliger kurzer Unterbrechung bis zum Morgen.

Verlauf: 8.—12. XI. Wohlbefinden.

13. XI. Erster Verbandwechsel. Heilung gut, kein Eiter. Entfernung der Klammern. Heilung per primam.

20. XI. Retroaurikulär bis auf eine ganz kleine Stelle verheilt. Täglich Fönbehandlung der Wunde (5 Minuten).

25. XI. Vollständig geheilt. v (mit Lärmapparat) r. 6 *m*, l. + 6 *m*.

Epikrise: Der Fall zeigt, daß auch größere operative Eingriffe in Hypnose durchgeführt werden können. Pat. hielt sich während der Operation tadellos ruhig, so daß das Arbeiten die ganze Zeit ungestört blieb. Zur Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut war sie allerdings mit Chloräthyl besprayt worden. Dies konnte aber naturgemäß nur einen Einfluß beim Hautschnitt selbst, nicht bei der Durchschneidung des Periosts sowie bei der Aufmeißelung des Knochens haben. Tatsächlich spürte Pat. hierbei auch nichts. Merkwürdigerweise empfand selbe aber bei der allerdings ziemlich energischen Excochleation der den Warzenfortsatz durchsetzenden Granulationen etwas Schmerz.

Trotz des immerhin günstigen Erfolges der Hypnose glaube ich aber nicht, daß sie sich für größere operative Eingriffe eignen dürfte. Bei zwei anderen Fällen — ebenfalls jungen Mädchen in diesem Alter — hatte ich die Absicht, die Operation gleichfalls in Hypnose auszuführen. Im ersteren Falle mußte ich von vornherein darauf verzichten, weil der hypnotische Zustand nicht genug tief war (Pat. wurde unmittelbar vor der Operation zum ersten Male im Leben hypnotisiert), so daß man eine halbwegs genügende Anästhesie nicht erwarten konnte. In dem zweiten Falle aber war die Pat. stets sofort in einen somnambulen Zustand zu versetzen, und zwar mit kompletter Anästhesie der Haut für Stiche, Zwicken etc.: letzteres konnte einmal, ohne daß Pat. etwas verspürte, so stark sein, daß selbe tagsdarauf an dieser Stelle geschwollen war! Trotzdem mußte ich während der Totalaufmeißelung der Mittelohrräume zur Narkose übergehen, da Pat. schon beim Durchschneiden des Periosts (die Haut war diesmal nicht anästhesiert worden) zu starke Schmerzen äußerte. Da ein so klassischer Fall von Hypnose im Stiche ließ, erscheint es mir unmöglich, vorher eine sichere Prognose behufs Eignung eines Falles zu dieser

Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Methode zu stellen, wodurch der Wert derselben für einen ausgedehnteren Gebrauch natürlich unendlich verliert.

Bei kleineren operativen Eingriffen (Zahnextraktionen, Polypotomien) kann hingegen die Hypnose, wie ich mich persönlich überzeugte, ausgezeichnete Dienste leisten.

Diskussion.

V. Urbantschitsch: Ich habe vor vielleicht 30 Jahren die Hypnose benützt, um einen Nasenpolypen zu entfernen, was bei der Pat. ganz gut gelungen ist. Aber trotzdem ist es mir vorgekommen, daß die Pat. aus der Hypnose erwacht ist. Ich glaube, daß man manche kleine Eingriffe in Hypnose wird machen können, aber im allgemeinen würde ich nicht dafür eintreten.

H. Frey: Die Idee, operative Eingriffe in der Hypnose vorzunehmen, war schon in der Blütezeit der Hypnose aufgenommen worden, man ist aber doch davon wieder abgekommen. Eine unbeabsichtigte Hypnose habe ich auf dem Operationstische selbst gesehen. Durch einen Irrtum wurde vom Narkotiseur statt des vorbereiteten Narkosemittels H_2O_2 aufgeträufelt. Der Pat. schlief ein und befand sich in einem narkoseähnlichen Schlafe. Trotzdem glaube ich, daß eine allgemeine Verwendung der Hypnose auch für kleinere Eingriffe sich nicht empfehlen wird.

H. O. Beck: **Verhorntes Plattenepithelcarcinom des Schläfenbeins.**

Die 48jährige Pat. war bis vor einem Jahr ohrgesund. Um diese Zeit begann mit stechenden Schmerzen das linke Ohr zu fließen und bis jetzt hat der Ohrenfluß nie aufgehört. Sie stand vom Beginn der Erkrankung an in ärztlicher Behandlung. Im Monat Juli wurde der Ausfluß aus dem Ohr viel stärker; seit Anfang August starke Kopfschmerzen und Ohrensausen; gleichzeitig trat eine Schwellung hinter dem Ohre auf. Da die Pat. seit einigen Tagen sehr heftige Schmerzen im linken Ohre fühlte, wurde sie am 10. VIII. auf die Klinik aufgenommen.

Befund bei der Aufnahme: 2 große Furunkel im äußeren Gehörgang, Ödem hinter der Ohrmuschel. Incision der Furunkel.

17. VIII. Hinter dem Ohr, nahe dem Ohrläppchen, ein walnußgroßer Abseß, bei dessen Incision fötider, auf Cholesteatom verdächtiger Eiter sich entleert.

20. VIII. Der äußere Gehörgang ist abgeschwollen, so daß man bereits Einblick zum Mittelohr hat.

Befund: Totale Destruktion des Trommelfells, Gehörknöchelchen nicht vorhanden. Verjauchtes Cholesteatom im Antrum und Attic; reichliche, äußerst fötide Sekretion vom Mittelohr. Gehör: Konv.-Spr. $^1/_4$ *m*, Fl.-Spr. a. c. Weber nach links. Knochenleitung wegen des Ödems am Warzenfortsatz nicht verläßlich zu prüfen. Kein spontaner Nystagmus. Labyrinth kalorisch normal erregbar.

Operation (Beck): Totalaufmeißelung. Der Knochen ist käsig verändert und kann zum größten Teile ausgelöffelt werden. Im Warzenfortsatz, diesen fast ganz einnehmend, verjauchtes Cholesteatom, ebenso im Mittelohr und dessen Nebenhöhlen. Die äußeren zwei Drittel des Facialiswulstes fehlen zur Gänze, so daß der Nerv in dieser Strecke freiliegt. Die knöcherne Sinusschale ist erweicht. Der auf $1^1/_2$ *cm* Länge freigelegte Sinus ist in seiner Wand verändert. Da die hintere häutige Gehör-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gangswand in ihrer Gänze und ein Teil der oberen Wand nekrotisch sind, können sie zur Plastik nicht verwendet werden. Es wird daher der Eingang zum äußeren Gehörgang kreisförmig umschnitten, so daß das auf diese Weise gebildete Lumen für den kleinen Finger bequem durchgängig ist. Die Wunde wird breit offen gelassen. Feuchter Verband.

23. VIII. Wegen Kopfschmerzen Verbandwechsel. Die Wunde ist äußerst fötid und von dickem, rahmigen, grüngelben Eiter erfüllt. Pat. hört und reagiert kalorisch.

In der Folgezeit wird täglich eine exakte Reinigung vorgenommen und die Wunde mit einem feuchten Verband bedeckt. Trotzdem ist die Haut entzündet und stärker infiltriert. Weder die Sekretion noch der fötide Geruch schwinden.

29. IX. Pat. zeigt bei der Morgenvisite eine Facialisparese links in allen 3 Ästen. Es besteht links vollständige Taubheit. Reaktion für kalorische und Drehreize erhalten.

Täglich Verbandwechsel. Da der aashafte Geruch nicht nachläßt und die Infiltration der Weichteile eher zunimmt, wird eine Probeexzision vorgenommen, die ein verhorntes Plattenepithelcarcinom ergibt.

24. X. Stark jauchende fötide Operationshöhle. Die Reste des äußeren Gehörganges und die Haut in der Umgebung der Wunde stärker infiltriert und gerötet. Totale Taubheit, kein spontaner Nystagmus, keine Gleichgewichtsstörung. Kalorische Reaktion links: Nach Spülung mit 2 Irrigatoren kalten Wassers keine Reaktion auszulösen, kein Schwindel.

Drehreaktion:

Nach Linksdrehung Ny → r. 25″.

Nach Rechtsdrehung Ny → l. 22″.

Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 10″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ l. 12″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 11″.

Nach Linksdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↑ 9″.

20. XI. Die Facialisparese ist unverändert, die komplette Taubheit besteht weiter, kalorische Reaktion nicht auszulösen. Die Drehreaktion ergibt für die drei Bogengänge ungefähr dieselben Werte wie am 24. X. Geringer zentraler Nystagmus zur kranken Seite.

Nach der Angabe der Pat. soll erst seit einem Jahr am linken Ohr Ohrenfluß bestehen, während man sonst Carcinome bei Fällen findet, bei denen schon seit Jahren eine Mittelohreiterung besteht. — Im November 1915 habe ich in dieser Gesellschaft über einen operierten Fall von Mittelohrcarcinom berichtet und 2 Monate später denselben Fall nach Radiumbehandlung gezeigt. Irgendeine Beeinflussung des Prozesses war nicht zu sehen. Trotzdem werde ich bei diesem Fall zur Nachbehandlung wieder Radium versuchen und diese Behandlung mit einer Röntgentherapie kombinieren. Drüsen in der Umgebung des Ohres oder Metastasen bestehen nicht; auch die Abmagerung der Kranken ist sehr gering.

Interessant ist in diesem Fall das Verhalten des Cochlear-, besonders aber des Vestibularapparates. 4 Wochen nach der Operation trat plötzlich eine Facialparese in allen 3 Ästen auf; die damals vorgenommene Untersuchung ergab Erregbarkeit des Labyrinthes für kalorische und Drehreize und komplette Taubheit. Ob die Taubheit gleichzeitig mit der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Facialparese aufgetreten ist, weiß ich nicht, da die letzte Untersuchung des Cochlearapparates ungefähr 4 Tage vor dem Auftreten der Facialparese vorgenommen wurde, in der Zwischenzeit aber nicht. Nach weiteren 4 Wochen war die kalorische Reaktion geschwunden; diese Ausschaltung hat sich vollständig symptomlos eingestellt. Dagegen ist die Drehreaktion für alle 3 Bogengänge erhalten und ergibt normale Werte.

In diesem Zustand ist die Pat. bis zum heutigen Tage.

Solche symptomlose Ausschaltungen, auch für alle dem Labyrinth zugeführten Reize, wurden bei dyskrasischen Erkrankungen schon des öfteren beobachtet und auf luetischer Basis habe ich schon einige Fälle hier demonstriert. In diesem Falle ist es das Nächstliegende, da der Facialis, der Cochlearis und jetzt bereits der Vestibularapparat betroffen worden sind, ein allmähliches Weiterschreiten des Prozesses gegen das Labyrinth anzunehmen. Es zeigt auch dieser Fall wieder, daß der Drehreiz als der stärkere später erlischt als der kalorische, was wir ja von den eitrigen Labyrintherkrankungen her genau wissen.

III. O. Beck: **Tendenz zur Spontanheilung einer Sinusthrombose durch einen abgekapselten, dickwandigen, intrasinuösen Absceß.**

Der 32 Jahre alte Soldat war 33 Monate im Feld und immer gesund. Anfang April 1917 wurde er bei einer Minenexplosion zu Boden geworfen und war einige Stunden bewußtlos. Beim Erwachen fühlte er ein sehr starkes Schwindelgefühl und starke Schmerzen im linken Ohr (aus dem sich 2 Tage später Ausfluß einstellte). Das Ohr wurde nicht behandelt. Anfang Mai stellten sich heftige Schmerzen am Warzenfortsatz, Fieber und Schlaflosigkeit ein. Mitte Mai im Feldspital drei Schüttelfröste mit Fieber bis 40,2°, weshalb er ins Hinterland gebracht wurde. Auf der chirurgischen Abteilung einer kleineren Stadt Ungarns hatte er noch vier Schüttelfröste, weshalb vom Chirurgen eine Aufmeißelung des Warzenfortsatzes vorgenommen wurde. In den auf die Operation folgenden 14 Tagen waren noch 3 Schüttelfröste mit Fieber bis 39°, hernach folgte allmählich Entfieberung. Reichlicher Ohrenfluß bestand weiter, ebenso eine stark sezernierende Fistel am Warzenfortsatz, weshalb er am 3. IX. auf meine Abteilung des Garnisonsspitals in Temesvar aufgenommen wurde. Laut Vormerkblatt war der Kranke vom 20. VI. an entfiebert. Ich sah den Pat. das erste Mal am 16. X. 1917, am Tag, nachdem ich die Abteilung übernommen hatte.

Befund: Am Warzenfortsatz eine 7 *cm* lange, gerade Operationsnarbe, in deren Mitte sich eine stark sezernierende Fistel befindet, aus der weiche, leicht blutende Granulationen hervorquellen. Die in die Tiefe eingeführte Sonde stößt überall auf rauhen Knochen. Die Sekretion aus der Fistel ist rahmig, eitrig. Aus dem Gehörgang sehr reichlicher, dickeitriger Ohrenfluß. Die hintere obere Gehörgangswand ist bis zur Berührung mit der vorderen Wand gesenkt, so daß ein Einblick in die Tiefe unmöglich ist, zumal beim Reinigen des Ohres sofort reichlich Eiter nachfließt. Am Warzenfortsatz keine Schmerzen, Temperaturen normal. Interner und Nervenbefund normal.

16. X. Operation (Beck): Hautschnitt durch die alte Narbe. Nach Entfernung der Granulationen und des erweichten Knochens zeigt es sich, daß nur die Corticalis und ein Teil der Zellen des Warzenfortsatzes ausgeräumt wurden, das Antrum aber nicht eröffnet ist. Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

führung der Antrotomie, aus dem Eiter unter Druck strömt. Erweichung der periantralen Zellen. Der erweichte Knochen führt bis zum Sinus. Die knöcherne Sinusschale ist zum Teil erweicht und schwarz verfärbt. Die Sinuswand nekrotisch, fistulös durchbrochen. Aus der Sinusfistel entleert sich Eiter. Freilegung des Sinus vom Bulbus bis 1 *cm* oberhalb des Petrosuswinkels, um normale Wand zu erreichen. Incision des Sinus an der Stelle der Fistel; dabei zeigt sich, daß es sich um einen dickwandigen, intrasinuösen Absceß handelt, der zentral und peripherwärts von einer dicken Absceßmembran abgeschlossen ist. Excision der nekrotischen lateralen Sinuswand im Bereich des Abscesses. Das nach beiden Seiten an den Absceß grenzende Sinusstück fühlt sich wie ein derber Strang an. Von einer Jugularisunterbindung wird Abstand genommen. Gründliche Kürettage der Knochenhöhle. Die Wunde wird breit offen gelassen.

Postoperativer Verlauf fieberlos. Die Sekretion aus dem äußeren Gehörgang nimmt deutlich ab und ist im 18. Tag nach der Operation versiegt.

Auf Grund der Anamnese hatte sich höchstwahrscheinlich im Anschluß an eine durch die Minenexplosion entstandene traumatische Ruptur des Trommelfells eine akute Otitis eingestellt, die zu einer Mastoiditis geführt hatte. Die Schüttelfröste vor und nach der Operation zeigen, daß es sich zweifellos um eine Sinuserkrankung resp. Thrombophlebitis gehandelt hatte. Da bei der ersten Operation weder das Antrum eröffnet, noch der Sinus freigelegt wurde, so hat der Kranke seine Sinusthrombose eigentlich spontan übertaucht. Interessant ist die Art, wie sich in diesem Fall der Prozeß lokalisiert hat. Die Stelle des intrasinuösen Abscesses entspricht ohne Zweifel dem primären Thrombus, der später vereitert ist. Die dem primären Thrombus angelagerten Thrombenmassen haben sich organisiert und eine solide Absceßmembran gebildet, die nach oben und nach unten das Gefäßlumen geschlossen hat, was man auch beim Austasten mit der Sonde nachweisen konnte. Ca. 1 *cm* peripher- und herzwärts von dem Absceß fühlte sich der Sinus wie ein derber Strang an. Da der Prozeß als vollkommen abgeschlossen und lokalisiert erschien, wurde natürlich von einer Unterbindung der Jugularvene Abstand genommen.

Ist nach K ö r n e r der Thrombus solid und zerfällt nicht, so kann er sich organisieren und den Sinus zur dauernden Obliteration bringen. Anatomisch nachgewiesen ist die bindegewebige Obliteration des Sinus transversus in solchen Fällen, die vorher schwere Erscheinungen otitischer Pyämie überstanden hatten. Einen derartigen Kranken habe ich im Jahre 1916 in dieser Gesellschaft mir vorzustellen erlaubt, bei dem der ganze Sinus von der Bulbusgegend bis weit über den Petrosuswinkel vollständig organisiert war. Ein bereits organisierter solider Thrombus kann nachträglich noch eitrig zerfallen. Vereitert ein solider, gut abschließender Thrombus nur in der Mitte, so fehlt die Gefahr der Allgemeininfektion und der Metastasenbildung. Bei dem eben vorgestellten Fall bestanden zwar schwere pyämiche Erscheinungen, jedoch ohne Metastasenbildung, und es ist naheliegend anzunehmen, daß es sich nicht um einen sekundär vereiterten soliden Thrombus gehandelt hat, sondern daß, wie bereits erwähnt, der primäre Thrombus eitrig zerfallen und die apponierten Thrombenmassen sich organisiert haben. Trotz der schweren eitrigen Veränderungen am Sinus war der Kranke durch länger als drei Monate entfiebert. Die

Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Indikation, weshalb ich die neuerliche Operation vornahm, war auch nicht das Fieber, sondern die stark sezernierende Fistel am Warzenfortsatz und der reichliche Ausfluß aus dem Ohr. Ein fieberfreier Verlauf einer eitrigen Phlebothrombose des Sinus transversus vor und nach der Operation haben Alexander, Schröder u. a. beobachtet. In diesen Fällen war ebenfalls der Thrombus von der eitrig zerfallenen Stelle aus hirn- und herzwärts solid abgeschlossen. Dieser solide Abschluß war auch bei meinem Fall ohne Zweifel die Ursache für das Fehlen des Fiebers vor und nach der zweiten Operation.

IV. O. Beck: **Apfelgroßes Carcinom in der Plica auriculo-mastoidea.**

Das Präparat, das ich mir zu demonstrieren erlaube, stammt von einem 64 Jahre alten Mann. Er gibt an, seit 5 Monaten hinter dem Ohr eine Geschwulst bemerkt zu haben, die an Größe stetig zugenommen hat. Schmerzen oder Fieber sollen nie bestanden haben.

Das äußere und mittlere Ohr erschienen normal, ebenso das Gehör und der Vestibularapparat. In der Falte zwischen Ohrmuschel und Warzenfortsatz findet sich ein apfelgroßer, an der Oberfläche exulzerierter Tumor, der an der Seite des Warzenfortsatzes frei verschieblich war, dagegen mit der Ohrmuschel verwachsen zu sein schien. Unterhalb des Tumors waren zwei indolente, vergrößerte Drüsen zu tasten. Sonst bestand nirgends Drüsenschwellung. Die Probeexcision ergab ein verhorntes Plattenepithelcarcinom.

In Narkose wurde der Tumor exstirpiert, wobei sich zeigte, daß er an zwei Stellen mit dem Knorpel der Ohrmuschel verwachsen war. Es wurde daher auch der Knorpel der Ohrmuschel mit Schonung der Haut an der äußeren Fläche entfernt, so daß die Ohrmuschel keinerlei Entstellung zeigte. Ausräumung der vergrößerten Drüsen. Der Defekt in der Haut wurde so gedeckt, daß die restliche Haut an der Ohrmuschel, ebenso der Wundrand am Warzenfortsatz mobilisiert und beide miteinander vernäht wurden. Heilungsverlauf normal. Der Fall scheint deshalb erwähnenswert, weil ein Carcinom an dieser Stelle zu den Seltenheiten gehört.

Diskussion.

R. Leidler: Meines Erinnerns hat Zeroni histologische Untersuchungen in einer großen Arbeit über die Ohrcarcinome veröffentlicht und nachgewiesen, daß es in diesen Fällen nicht notwendig ist, daß das Carcinom ins Labyrinth hineinwächst bzw. den Knochen zerstört, sondern daß auch ohne das Degenerationen des Endorgans vorkommen. Er hat damals nicht kalorisch, sondern bloß auf Taubheit geprüft. Vielleicht handelt es sich auch in diesem Falle um toxische Vorgänge bei der Beteiligung des Labyrinthes.

A. Politzer: Ich habe vor etwa 25 Jahren einen Fall von Carcinom beschrieben, das in das Labyrinth eingedrungen ist und die Schnecke arrodierte sowie durch den inneren Gehörgang in den Schädel eindrang. Eine Abbildung des Falles ist in meinem Lehrbuche.

Beck: Ich habe, wie erwähnt, selbst 1916 ein Ca operiert und hier vorgestellt, bei dem ebenfalls symptomlose Labyrinthausschaltung eintrat. Eine toxische Ursache kann ich nicht ausschließen; da aber erst Taubheit und dann Ausschaltung erfolgte, halte ich eine direkte Affektion des Labyrinthes durch das Ca für wahrscheinlicher, wobei ich nicht an-

Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

nehmen muß, daß das Ca bereits das Labyrinth durchsetzt hat, sondern so weit vorgedrungen ist, daß die Lymphe komprimiert ist, die auf Drehreize noch bewegt werden kann, nicht aber auf kalorischen Reiz ansprechbar ist.

G. Alexander: Wenn einmal der Tumor im Labyrinth ist, muß auch die Drehreaktion zugrunde gehen.

H. Frey: Ich möchte fragen, ob versucht wurde, post operationem eine Radiumbehandlung einzuleiten, und zweitens, ob man, da die Pat. die Funktion des Facialis und Acusticus bereits eingebüßt hat, sich nicht zur totalen Resektion des Schläfe- bzw. Felsenbeines entschließen sollte. Es ist das möglich. Ich habe einen solchen Fall publiziert.

Leidler: Ich glaube, daß bei den Ca in Bezug auf die Entfernung der Pyramide die Hauptindikation darauf beruht, ob die Dura bereits ergriffen ist oder nicht. Ist die Dura vom Ca ergriffen, wird auch die lebensgefährliche Entfernung der Pyramide nichts mehr nützen. Die Ca sind ja prognostisch sehr schlecht, bei erkrankter Dura aber absolut infaust. Ich würde daher vorschlagen, sich erst durch Röntgenogramm davon zu überzeugen, ob zwischen Dura und Tumor noch ein kompakter Knochen liegt.

Frey: Selbstverständlich kommt nur dann eine solche Operation in Frage. Klinisch wäre ein Anhaltspunkt in den fürchterlichen Kopfschmerzen, die bei erkrankter Dura nicht fehlen.

Beck: Das letzte Ca habe ich mit Radium nachbehandelt. Der Effekt war gleich null. Bei der vorgestellten Pat. wurde die Radiumbehandlung noch nicht eingeleitet, weil es aus äußeren Gründen nicht möglich war. Was die vorgeschlagene radikale Operation anlangt, so ist 1. die Pat. derzeit sehr schwach und 2. dürfte das Ca, soweit man dies diagnostizieren kann, schon die Dura ergriffen haben. Abgesehen von den starken Kopfschmerzen hat sie einen inkonstanten Nystagmus zentraler Natur, ähnlich dem, den man bei Kompressionsvorgängen in der mittleren Schädelgrube sieht, was ein Übergreifen des Ca auf Dura und Hirn wahrscheinlich macht.

V. H. Frey: **Operative Behandlung des Othaematoms.**

Die angegebene Methode besteht in einer frühzeitig vorgenommenen kreuzförmigen Incision und gleichzeitiger Excision der Wundränder zur Ermöglichung der vollständigen Adaptierung der abgelösten Weichteile. (Erscheint ausführlich in dieser Monatsschrift.)

Diskussion.

G. Alexander: Der vorgestellte Fall ist eine Perichondritis serosa. Zumeist entsteht eine solche nach Erfrierung. Ich kann mich mit Freys Verfahren nicht einverstanden erklären. Ich habe viele solche Fälle gesehen, sie mit einer Pravaz-Spritze punktiert und das Exsudat abrinnen lassen. Sie füllen sich zwar wieder, gehen aber in ca. 2 Wochen doch in Heilung aus. Wenn man punktiert, braucht man einen Verband.

A. Cemach: Im Frühjahr kam in die Ohrenabteilung des Kaiser Franz Josef-Ambulatoriums ein ca. 30jähriger Mann mit einem Othaematom an der linken Ohrmuschel, das nach einem Faustschlag entstanden sein sollte. Es kann sich allerdings auch um eine Perichondritis gehandelt haben. Transparenz war nicht vorhanden, konnte daher differentialdia-

Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

gnostisch nicht verwertet werden, von einer Punktion habe ich aber absichtlich abgesehen. Ich wollte die resorbierende Wirkung der Quarzlichtbestrahlung (kombiniert mit Nitralicht) erproben, die sich bei Pleuritis, Ascites und ähnlichen Flüssigkeitsansammlungen gut bewährt haben soll. Der anfängliche Erfolg war sehr ermutigend: Nach 4 Bestrahlungen in zweitägigen Intervallen schrumpfte der Tumor, verlor seine rundliche Form und prallelastische Konsistenz und verkleinerte sich zusehends. Leider blieb Pat. nach 4 Sitzungen aus, so daß ich nicht in der Lage bin, über das Endresultat zu berichten. Weiteres Material stand mir nicht zur Verfügung.

Alexander: Vor Jahren habe ich bei einem Kollegen, der ein beiderseitiges Exsudat hatte, mit Alkoholumschlägen, die über Nacht appliziert wurden, Erfolg gehabt. In 5 Wochen war das Exsudat zurückgegangen und nur eine schwache Verdickung geblieben. Der beschäftigte Kollege hatte die Punktion abgelehnt.

Frey: Auf die Frage, ob Perichondritis oder Othaematom, möchte ich jetzt nicht eingehen, da es für den Eingriff als solchen belanglos ist. Früher habe ich auch Fälle mit häufiger Punktion behandelt, doch scheint mir als wesentlich, daß alle diese Behandlungen, Punktion, Umschläge usw., längere Zeit in Anspruch nehmen als das von mir vorgeschlagene Verfahren.

Sitzung vom 16. Dezember 1918.

Vorsitz: A. Politzer.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

A. Administrative Sitzung.

Die Gesellschaft wählt V. Urbantschitsch zum Vorsitzenden für das Jahr 1919. V. Urbantschitsch dankt für die geplante Auszeichnung, bittet aber, einen anderen Vorsitzenden zu wählen, und schlägt hiefür Herrn G. Alexander vor. Politzer gibt seinem Bedauern Ausdruck, daß Urbantschitsch die Wahl ablehnt. Es werde das erste Mal sein, daß man ihn als Vorsitzenden vermissen werde. Herr Alexander wird zum Vorsitzenden für das Jahr 1919 gewählt und dankt für diese Ehrung. Zu seinem Stellvertreter wird Herr H. Frey, zum Sekretär Herr S. Gatscher gewählt. Säckelwart und Schriftführer (Herr D. Kaufmann und Herr E. Urbantschitsch) werden wiedergewählt.

Die Herren Kellner und Fischer werden zu Mitgliedern der Gesellschaft gewählt.

Der Sekretär Dr. Rauch erstattet den Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit der Gesellschaft im Jahre 1918.

Im Jahre 1918 wurden 8 Sitzungen abgehalten, und zwar im Jänner, Februar, April, Mai, Juli, Oktober, November und Dezember. In diesen wurden 1 Vortrag (von Hans Brunner) und 62 Demonstrationen abgehalten, und zwar von den Herren Alt (4), Beck (15), Belinoff (1), Bondy (2), Brunner (1), Fremel (3), Frey (2), Gatscher (2), Leidler (2), Mayer (2), Mauthner (2), Ruttin (8), Soherr (1), Ernst Urbantschitsch (16) und Zebrowski (1).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Säckelwart Dr. Kaufmann berichtet über die Geldgebarung im abgelaufenen Vereinsjahre.

Beiden Herren wird für ihre Mühewaltung der Dank der Gesellschaft ausgesprochen.

B. Wissenschaftliche Sitzung.

I. Ernst Urbantschitsch: **Mastoiditis plastica acuta sin. Tuberkel (?) in der Gegend des Aquaeductus Sylvii (?). Wiederholt auftretende und wieder verschwindende Papillitis und Abducensparese.**

Leopoldine K., 14 Jahre alt, aufgenommen auf die Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitals am 9. VII. 1918.

Anamnese vom 10. VII. 1918: Mit 18 Monaten Masern und Pneumonie, sonst angeblich nie krank. Am 30. VI. 1918 erkrankte Pat. ganz plötzlich mit Fieber („abwechselnd Hitze und Kälte") und heftigen Kopfschmerzen, hauptsächlich im Hinterkopf, die 4 Tage anhielten. Pat. schlief 3 Tage fast ununterbrochen. Ein Arzt konstatierte „spanische Influenza". Im Harn Eiweiß. Am 1. VII. links Ohrenschmerzen. Tags darauf Spontanperforation. Seither keine Ohrenschmerzen; durch einige Tage spärlicher Ausfluß. Keine Übelkeiten, kein Erbrechen. Am 3. VII. begann Pat. zu schielen und doppelt zu sehen; nach einigen Tagen nahmen diese Beschwerden wieder ab.

Ohrenbefund: Rechts annähernd normal. Links Trommelfell diffus gerötet, ohne Details, im hinteren oberen Anteil etwas vorgewölbt. Warzenfortsatz normal. Kein spontaner Nystagmus.

Augenspiegelbefund (Dr. Friedland) am 9. VII.: Neuritis optica (Papillitis) oculi utriusque; links stärker.

Interner Befund (Dr. Skray): Über der rechten Spitze vorne und hinten Dämpfung, vorne bis zur 2. Rippe, hinten fast bis zur Spina. Darüber bronchovesikuläres Atmen und feinblasiges, klingendes, feuchtes Rasseln. — Harnbefund: Albumen in Spuren, Urobilin positiv, sonst ohne Besonderheiten.

Röntgenbefund (Dr. Selka): Die beiden Hilusgegenden sind von linsen- bis erbsengroßen, untereinander konfluierenden Bronchialdrüsen erfüllt und Vermehrung der zentralen Lungenzeichnung. Sonst normale Lungenhelligkeit.

Verlauf: 10. VII. Mittelohrentzündung in Rückgang.

12. VII. Papillitis etwas in Rückgang.

16. VII. Augenspiegelbefund normal.

20. VII. Geheilt entlassen.

6. VIII. Kopfschmerzen, tagsdarauf Erbrechen. In den folgenden Tagen konstant Kopfschmerzen und Erbrechen.

8. VIII. Doppeltsehen.

10. VIII. Otitis media purulenta acuta sin. Trommelfell leicht gerötet. Eitersekretion mäßig. Perforation nicht deutlich sichtbar. — Strabismus convergens sin.

14. VIII. Linkes Trommelfell besonders im hinteren oberen Quadranten stark vorgewölbt und stark gerötet. Die untersuchende Sonde dringt im obersten Abschnitt durch eine kleine, mit einer kleinen derben Granulation verschlossene Perforation in den Attic. Daselbst Eiter. Warzenfortsatz normal. R +, —; W ➳ r.; S =, —(1). Kein spontaner Nystag-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mus, kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion positiv. $v = +6\,m$, $20\,cm$. — Kein Kernig, kein Babinski, kein Plantarreflex. Dermographie.

Augenspiegelbefund: Linksseitige Abducensparese. Beiderseitige Papillitis. Schwellung 2—3 Dioptrien. Sehschärfe 6/8.

Operation: Warzenfortsatz von schwartigem Granulationsgewebe ganz erfüllt. Im Antrum spärlich Granulationen und Eiter. Sinus vorgelagert, in schwartiges Gewebe ganz eingehüllt, seine Wand verdickt, so daß seine Durchtrennung (zwecks Probeincision) schichtweise durchgeführt wird. Sinus bluthältig.

15. VIII. Schlecht geschlafen. Keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen.

16. VIII. Augenspiegelbefund: Papillitis noch vorhanden, links stärker geworden. Abducensparese geschwunden.

17. VIII. Allgemeinbefinden günstiger. Temperaturen anhaltend annähernd normal.

Histologischer Befund des Warzenfortsatzgewebes (Doktor Epstein): Granulationsgewebe mit reichlich polynukleären Elementen, stellenweise Ödem.

20. VIII. Augenspiegelbefund: Papillitis beiderseits bedeutend zurückgegangen, rechts nahezu normal. Papillen ganz scharf begrenzt, nur noch etwas blaß und wenig geschwollen, Gefäßfüllung normal; links nur noch wenig Stauung, Papillengrenzen noch etwas verschwommen.

21. VIII. Erster Verbandwechsel. Wundheilung sehr schön. Wundhöhle trocken, desgleichen Gehörgang. — Temperaturen anhaltend normal.

23. VIII. Augenspiegelbefund: Papillitis beiderseits fast ganz zurückgegangen, rechte Papille wieder normal gefärbt, nicht mehr geschwollen, links Papillengrenzen nahezu scharf, keine Schwellung. Venöse Hyperämie nur noch angedeutet. Sehschärfe wieder normal (6/6).

26. VIII. Pat. steht auf.

27. VIII. Augenspiegelbefund beiderseits normal.

31. VIII. Trommelfell vernarbt; retroaurikuläre Wundheilung anhaltend günstig.

1.—13. IX. Wohlbefinden. Temperaturen normal. Appetit und Schlaf sehr gut. Augenspiegelbefund stets normal.

14. IX. Kreuzschmerzen.

15. IX. Nachts unruhig. Mittags Kopfschmerzen. Abends Übelkeiten.

16. IX. Nachts einige Male Erbrechen, sehr starke Kopf- und Rückenschmerzen. Temperaturen normal.

17. IX. Augenspiegelbefund: Beiderseits Papillitis mäßigen Grades, doch deutlich und zweifellos, mit verwaschenen Papillengrenzen, geringerer Schwellung und stärkerer Füllung und Schlängelung der Venen.

18. IX. Retroaurikulär leicht blutende Granulationen, die die ganze Wundhöhle ausfüllen. Paukenhöhle trocken.

19. IX. Lumbalpunktion: Druck deutlich erhöht. Menge $30\,cm^3$. Liquor wasserklar. Nach Ansicht von Prim. Moser: Tuberkelknoten im Cerebrum.

20. IX. Augenspiegelbefund: Beiderseits Papillitis noch vorhanden, jedoch nicht zugenommen.

23. IX. Nachts Erbrechen.

24. IX. Papillitis ein wenig zurückgegangen.

25. IX. Allgemeinbefinden besser. Kein Erbrechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. X. Augenspiegelbefund unverändert.

2. X. Etwas Doppeltsehen, besonders beim Schauen nach links. Leichte Abducensparese links.

4. X. Augenspiegelbefund: Papillitis zugenommen.

7. X. Retroaurikuläre Granulationsbildung wieder zugenommen. Granulationen bei leichtester Berührung stark blutend.

8. X. Augenspiegelbefund: Papillitis rechts noch zugenommen; Stauungspapille links gleich geblieben.

11. X. Beiderseits hochgradige Stauungspapille, rechts mehr als links, Schwellung 4—5 Dioptrien; Sehschärfe rechts 6/18, links 6/8.

15. X. Augen unverändert. Temperaturen normal.

15.—16. X. Fieber 39,8°.

18. X. Abducensparese fast geschwunden.

22. X. Augenspiegelbefund: Papillenschwellung etwas zurückgegangen. Sehschärfe rechts 6/12 (?), links 6/8 (?).

29. X. Augenspiegelbefund unverändert.

1. XI. Nervenbefund (Prim. Infeld): Psychisch frei. Außer den Augensymptomen keinerlei Hinweis auf eine Erkrankung des Nervensystems. Puls 6 × 19, etwas unregelmäßig. Wegen des spärlichen Wechsels der Intensität und der Spärlichkeit der Symptome ist ein kleiner entzündlicher Herd mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Über seine Natur ist nichts auszusagen; es kann sich um einen Tuberkel, eher um einen encephalitischen Herd oder ein Abscеßchen handeln. Der Sitz ist nicht mit Sicherheit anzugeben, vermutungsweise in der Nähe des Aquaeductus Sylvii (wegen der rasch wechselnden Papillitis; die Abducensparese könnte dazu stimmen, ist aber als einziges örtliches Symptom nicht verläßlich).

3. XI. Zunahme der retroaurikulären Granulationen. Behandlung wegen der konstanten Neigung zu Blutungen ungemein erschwert.

4. XI. Operation: Breite Freilegung des ursprünglichen Operationsgebietes mit sorgfältiger Excochleation aller Granulationen.

Histologischer Befund des Granulationsgewebes (Prof. Stoerk): Unspezifisches Granulom. Kein Anhaltspunkt für Tuberkulose.

9. XI. Wundheilung gut. Wohlbefinden.

12. XI. Augenspiegelbefund unverändert.

15. XI. Keine Tamponade der Wundhöhle mehr. Täglich Fönbehandlung.

29. XI. Augenspiegelbefund unverändert.

30. XI. Retroaurikuläre Wunde durch gesunde Granulationen ganz geschlossen.

3. XII. Augenspiegelbefund: Papillitis etwas zurückgegangen.

9. XII. Retroaurikulär kleine granulierende Stelle. Aufstreuen von Ulsanin.

11. XII. Ohr geheilt. Bestes Wohlbefinden.

Epikrise: Von besonderem Interesse muß in diesem Fall das wiederholte Auftreten und Verschwinden einer beiderseitigen Papillitis erscheinen, ein Ereignis, das als besondere Seltenheit anzusprechen ist. Die Ursache der Erkrankung ist mit größter Wahrscheinlichkeit in einem Tuberkulom im Hirn zu suchen. Für die tuberkulöse Provenienz spricht, daß der Vater der Pat. an Tuberkulose gestorben ist, daß sie selbst eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Apicitis durchgemacht hat und das Granulationsgewebe im Warzenfortsatz einen Charakter zeigt, wie wir ihn bei tuberkulösen Prozessen zu sehen gewohnt sind (wenngleich histologisch keine Tuberkulose nachzuweisen war), ferner das Lumbalpunktat. Auffallend ist der hochakute Beginn. Die anderwärts gestellte Diagnose „spanische Grippe" ist wohl nicht aufrecht zu erhalten. Der Mittelohrentzündung kommt keine ätiologische Rolle zu, sie dürfte vielmehr bloß als konkomitierend aufzufassen sein.

II. O. Beck: **Einseitige komplette Ertaubung nach Grippe.**

Der 42jährige Wachmann hatte eine schwere Grippe durchgemacht und am 20. XI. war er entfiebert. Am 24. XI. ging er das erste Mal aus, um seinen Dienst wieder zu versehen. Mittag fühlte er, wie er angibt, plötzlich eine Blutwelle in den Kopf steigen, so daß er für einige Minuten das Bewußtsein verlor. Am Nachmittag desselben Tages wiederholte sich diese Attacke, jedoch in viel stärkerem Maße. Er wurde plötzlich schwindlig und es stellte sich heftiges Erbrechen ein. Gleichzeitig bestand starker, klopfender Kopfschmerz im ganzen Schädel, so daß er zusammenfiel und ins Bett gebracht werden mußte. Das Erbrechen bestand durch $1^1/_2$ Tage auch bei leerem Magen weiter. Durch 5 Tage konnte er das Bett nicht verlassen, da sich schon beim Erheben des Kopfes das Schwindelgefühl und der Brechreiz einstellten. Vom 6. Tage an ließen die Erscheinungen nach. In der Nacht, die auf jenen Tag folgte, da die Schwindelattacken auftraten, verspürte er auch einen starken Druck im linken Ohr und bemerkte, daß er auf diesem Ohre viel schlechter höre. Am 3. XII. war er so weit hergestellt, daß er das Ambulatorium der Ohrenklinik aufsuchte, wo ich folgenden Befund erhob: Beiderseits normales Trommelfell und Mittelohr. Rechts normales Gehör.

Linkes Ohr: Komplette Taubheit, Weber nach rechts, Rinne negativ, Kopfknochenleitung stark herabgesetzt. Die Untersuchung des Gehörs mit Stimmgabeln entspricht dem Befund einseitiger Taubheit.

Vestibularapparat: Kein spontaner Nystagmus, kein Romberg, auch nicht bei Veränderung der Kopfstellung. Spontaner Zeigeversuch typisch, Gang mit geschlossenen Augen etwas breitspurig und unsicher, jedoch ohne stärkeres Abweichen oder Bevorzugung einer bestimmten Abweichrichtung.

Rechtes Ohr: Kalorisch 26° typische Reaktion, typisches Vorbeizeigen, typische Fallrichtung. Kalorisch links (kalt und warm geprüft): Typischer Nystagmus mit typischer Zeigereaktion und typischer Fallrichtung.

Drehreaktion:
Nach Linksdrehung Ny ➤➤ r. 25″.
Nach Rechtsdrehung Ny ➤➤ l. 22″.
Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 10″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ l. 12″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↧ 11″.
Nach Linksdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↥ 9″.
Nerven- und interner Befund (Doz. Dr. Biach): negativ.
Augenbefund: negativ.
Wassermann-Reaktion: negativ.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei diesem Kranken handelt es sich nach der Anamnese offenbar um eine gleichzeitige Ausschaltung von Cochlear- und Vestibularapparat. Für die Ausschaltung des Vestibularapparates spricht nur die Anamnese, denn eine Untersuchung wurde zur Zeit der akuten Erscheinungen nicht vorgenommen. Dagegen findet sich am linken Ohr eine komplette Taubheit, für die kein anderer Grund als die Grippe angenommen werden kann, denn Lues ist in der Anamnese negiert und ist durch den negativen Wassermann auszuschließen. Interne Ursachen kommen nach der Untersuchung des Kranken ebenfalls nicht in Betracht. Der Vestibularapparat ist kalorisch erregbar, ebenso sprechen alle 3 Bogengänge in typischer Weise auf Drehreize an. Wir wissen von anderen Erkrankungen, daß sich die Reaktion des Vestibularapparates wieder einstellen kann, die komplette Taubheit dagegen weiterbesteht, wenn Cochlear- und Vestibularapparat retrolabyrinthär ausgeschaltet waren, und in diesem Falle muß man wohl an einen retrolabyrinthären Sitz der Erkrankung denken. Der Grund, warum ich diesen Pat. vorgestellt habe, ist aber der, weil eine Grippe als Ätiologie dieser, wie es scheint, bleibenden Taubheit angenommen werden muß, eine Ätiologie, die bisher noch nicht beobachtet wurde und die sehr selten zu sein scheint, da wir trotz der großen Ausbreitung der Grippe Taubheit bei intaktem Mittelohr bisher noch nicht beobachtet haben.

Diskussion.

H. Frey: Ich möchte die Kollegen fragen, ob sie überhaupt im Verlaufe der Grippe Läsionen des Gehörorgans beobachtet haben, die man als toxisch ansehen könnte. Ich habe einen Fall von Grippepneumonie gesehen, in dem eine zweifellose Laesio auris int. auftrat, die nach wenigen Tagen vorüberging. Ein zweiter Fall, der sich allerdings nachträglich als Typhus abdominalis herausstellte, bekam eine typische Neuritis nervi acustici, in einem dritten Fall von Grippe sah ich eine doppelseitige Cochlearisläsion, die zurückging.

E. Urbantschitsch: Bei einem meiner Pat. mit Grippe traten starke Schwindelanfälle auf. Allerdings bestand auch eine leichte Otitis (ohne Eiterung).

R. Leidler: Ich habe bei einer Pat. mit beiderseitiger trockener Perforation des Trommelfells nach Grippe auf dem linken (besseren) Ohre plötzliches Auftreten von hochgradigem Ohrensausen und Schwerhörigkeit ohne Eiterung bei deutlicher Hyperämie der Paukenschleimhaut beobachtet, welcher bis jetzt (8 Wochen nach Beginn) jeder Therapie getrotzt hat. Schwindel und Nystagmus bestehen nicht, die Funktionsprüfung ergibt eine Mittelohraffektion mit Beteiligung des inneren Ohres.

G. Alexander: Ich habe nur zwei rasch vorübergehende Fälle von Neuritis nervi acustici im Verlaufe von Grippe gesehen, möchte aber besonders auf eine andere Beobachtung hinweisen, die ich in 3 Fällen gemacht habe, nämlich auf das Auftreten von schwerer Externa, die in Heilung übergingen, aber viel mehr und größere Abscesse zeigten als gewöhnlich.

S. Gatscher: Ich habe die gleiche Beobachtung gemacht wie Alexander und glaube, daß den nachträglichen Infektionen eine toxische Neuritis der Gehörgangswand zugrunde liegt, wie sie ja im Verlaufe der Influenza so häufig beobachtet wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Frey: Zur Zeit der zweiten Grippeepidemie kamen einige Fälle mit der Klage über plötzlich eingetretene Schwerhörigkeit zu mir. Otoskopisch war der Befund negativ, Luftdusche brachte keine wesentliche Besserung. Die Hörstörung war objektiv gering und war wie das Sausen in 8—14 Tagen geschwunden. Ich habe schon damals den Eindruck gehabt, daß eine toxische Läsion des inneren Ohres vorliege.

E. Urbantschitsch: Ich habe eine Reihe schwerer Otitiden nach Grippe operieren müssen; die meisten Fälle stammen aus dem Arbeiterviertel von Favoriten. Es ist das vielleicht von lokaler Bedeutung. Ich erwähne dies, weil allgemein die Behauptung aufgestellt wird, daß die Grippefälle bezüglich der Ohrenerkrankungen harmlos sind und fast durchwegs keine Indikation zur Aufmeißelung des Warzenfortsatzes bieten.

G. Bondy: Ich habe in der Grippedebatte in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde unser Materiale, das während der Grippeepidemie zur Behandlung kam, mit dem von akuter Otitis und Mastoiditis in der früheren Zeit verglichen und keine Änderung feststellen können. Die Zahl der Komplikationen im heurigen Jahre war ungefähr dieselbe.

III. O. Beck: **Chronische Mittelohreiterung mit Cholesteatom, Kleinhirnabsceß bei erhaltener Labyrinthreaktion. Operation.**

Die 14jährige Pat. gibt an, seit 3 Tagen im linken Ohr Schmerzen zu haben und an Ausfluß zu leiden im Anschluß an eine länger dauernde Grippe, die mit hohem Fieber einhergegangen sein soll. Kein Schwindel, kein Kopfschmerz, kein Erbrechen.

Befund bei der Aufnahme am 2. XII.: R. O.: normal.

L. O.: Trommelfell diffus gerötet und geschwollen. Perforation nicht deutlich zu sehen. Im vorderen unteren Quadranten pulsierendes Sekret, Warzenfortsatz an der Spitze etwas druckempfindlich. Geringe Sekretion.

R. O.: Normales Gehör.

L. O.: Konv.-Spr. 25 *cm*, Fl.-Spr. ad concham, Weber nach links, Rinne negativ, Knochenleitung verlängert, C_1 und c^4 gehört, kein Schwindel, kein spontaner Nystagmus. Kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion typisch auslösbar.

Bei der Untersuchung am nächsten Tage zeigt es sich, daß es sich um keine akute Otitis handelt, sondern daß ein vom Attic herabhängender breiter Polyp ein akut entzündetes Trommelfell vorgetäuscht hat.

4. XII. Temperatur 38,3°. Es tritt plötzlich starker rotatorisch horizontaler Nystagmus ersten und zweiten Grades nach rechts auf, starker Schwindel, Erbrechen. Links komplette Taubheit. Kalorische Reaktion mit 44grädigem Wasser vorgenommen. Der Nystagmus bei Geradblick kann zum Verschwinden gebracht und der Nystagmus bei Rechtsblick deutlich abgeschwächt werden.

Diagnose: Seröse Labyrinthitis im Anschluß an chronische Otitis.

4. XII. Operation (Beck): Totalaufmeißelung, verjauchtes Cholesteatom im Warzenfortsatz, im Antrum und Attic. Der horizontale Bogengang ist durch das Cholesteatom facettiert, jedoch nirgends auf Fistel verdächtig. Bei Entfernung des erweichten Tegmen entleert sich extradural aus der mittleren Schädelgrube ein halber Kaffeelöffel Eiter; die auf Guldengröße freigelegte Dura der mittleren Schädelgrube ist stark pachymeningitisch verändert, speziell an einer Stelle im vorderen Anteil

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf Absceß verdächtig; die Incision des Gehirnes in 3 Richtungen negativ. Lappenplastik, Wundversorgung.

5. XII. 8 Uhr früh spontaner Nystagmus deutlich geringer, Schwindelgefühl deutlich gebessert, kein Zeichen von Meningismus. Subjektives Befinden sehr gut.

Nervenbefund (Dr. Chiari): Außer Nystagmus bei Blick nach rechts neurologisch normaler Befund.

Bis 9. XII. täglich Verbandwechsel. Sekretion aus der Wunde gering, die Taubheit besteht weiter. Die kalorische Erregbarkeit ist erhalten, der Nystagmus deutlich schwächer.

10. XII. Die Pat. ist apathisch und zeigt einen starken Nystagmus nach links (zur operierten Seite), Temperatur 38,7°.

Nervenbefund (Dr. Biach): Nackenstarre. Nystagmus nach links und nach rechts, nach links mehr horizontal, rechts rotatorisch und horizontal. Hirnnerven frei, keine Hauthyperästhesie, Tachykardie. Ausgesprochene Adiodochokinese der linken Hand. Motorische Schwäche der linken Hand und Ataxie bei Erhöhung der Sehnenreflexe im linken Arm. BDR r. = l. ASR l. > r. PSR l. > r. L. Babinski. R. kein Fußsohlenreflex. Somnolenz, jedoch Auffassung nicht getrübt, keine Sprachstörung.

11. XII. Operation (Beck): Kalorische Spülung in der Narkose ergibt eine deutliche Deviation der Bulbi. Breite Freilegung des Kleinhirns auch an seiner lateralen Fläche; die ganze freigelegte Partie des Kleinhirns ist mit einer speckigen, zirka 1 *mm* dicken pachymeningitischen Membran überzogen, die Konturen des Sinus sind nicht zu erkennen. Wegnahme der hinteren Pyramidenfläche bis zum Labyrinth, jedoch ohne Eröffnung desselben. Incision des Kleinhirns medial vom Sinus. Es entleeren sich zirka 2 Kaffeelöffel dicken fötiden Eiters. Drainage mit Gummirohr. Verband. Lumbalpunktion unter etwas erhöhtem Druck in allen 3 Portionen klar. Cytologisch: Keine Eiterzellen, keine Mikroorganismen.

12. XII. Verbandwechsel. Beim Eingehen mit der Kornzange in den Absceß entleeren sich etwa 3 Kaffeelöffel jauchigen Eiters.

13. XII. Temperatur 36,5°, Puls 89, Entleerung des Abscesses, Gummidrainage.

16. XII. Beim Eingehen mit der Kornzange minimaler Eiter.

Nach Angabe der Mutter soll die Eiterung erst seit einigen Tagen bestanden haben und ein flacher Polyp, der vom Attic herunterhing, täuschte am ersten Tag eine akute Otitis vor. Am dritten Tag der Spitalsaufnahme traten plötzlich die Erscheinungen einer serösen Labyrinthitis auf, wegen der sofort die Totalaufmeißelung vorgenommen wurde und die außer einem verjauchten Cholesteatom und einer Facettierung des horizontalen Bogenganges ohne Besonderheit war. Gehörknöchelchen waren nicht zu finden. In den auf die Operation folgenden Tagen ließ der Nystagmus an Stärke nach und der Zustand der Pat. besserte sich deutlich. Am sechsten Tag nach der Operation setzten plötzlich meningeale Reizerscheinungen ein und es trat trotz des vorhandenen vestibulären Nystagmus zur gesunden Seite ein kräftiger Nystagmus zur kranken Seite auf, ein Symptom, das ja für Kleinhirnabsceß fast pathognomonisch ist. Die neurologische Untersuchung bestätigte die Diagnose und der Kleinhirnabsceß wurde auch bei der Operation aufgedeckt und entleert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Interessant ist an diesem Falle, daß die Labyrinthreaktion immer erhalten blieb und noch erhalten ist. Nach einer vor Jahren von Neumann aufgestellten Statistik sind 95% der Kleinhirnabscesse durch das Labyrinth bei kompletter Ausschaltung des Labyrinthes induziert. Die neueren Statistiken schwanken zwischen 80 und 90%. Sicher ist, daß bei meinem Fall der Kleinhirnabsceß seinen Weg nicht durch das Labyrinth genommen hat. Nach dem lokalen Befund muß man annehmen, daß er entweder auf dem Wege einer Osteophlebitis entstanden ist, wofür auch die Veränderungen an der Dura der mittleren Schädelgrube sprechen würden. Es wäre aber auch möglich, daß der Absceß durch eine Sinuserkrankung hervorgerufen ist; denn der Sinus zeigte sich bei der Operation organisiert und war in seinen Konturen von der angrenzenden Dura des Kleinhirns nicht zu unterscheiden. Allerdings fehlen in der Anamnese Angaben, die auf eine pyämische Erkrankung deuten. Wie wenig Wert aber in diesem Falle der Anamnese beizulegen ist, geht schon daraus hervor, daß die Eltern von einer Ohrerkrankung des Kindes überhaupt nichts wußten. Es wäre nur denkbar, daß die mit hohen Fiebererscheinungen einhergegangene angebliche Grippe eine Pyämie gewesen ist. Ich habe wegen der erhaltenen Labyrinthreaktion trotz des Kleinhirnabscesses und trotz der vorhandenen serösen Labyrinthitis keine Labyrinthoperation vorgenommen. Wegen der relativen Seltenheit von erhaltener Labyrinthreaktion bei Kleinhirnabsceß und wegen der Veränderungen am Sinus habe ich diesen Fall mir vorzustellen erlaubt.

Diskussion.

E. Ruttin: Ich möchte bemerken, daß ich 2 oder 3 ähnliche Fälle gehabt habe und daß ich besonders einen Fall von Kleinhirnabsceß hier vorgestellt habe, wo eine Labyrinthfistel bestand und das Labyrinth erregbar war.

IV. Ruttin: **Akute Mastoiditis, tiefe retropharyngeale Senkung mit Fistel an der hinteren Pharynxwand.**

F. H., 56 Jahre, war stets ohrgesund. Vor 8 Monaten begann das rechte Ohr unter heftigen Schmerzen zu fließen. Später begab sie sich in Behandlung des Kollegen Reinhold in Lemberg, der sie mir behufs Operation überwies. Seit Beginn der Erkrankung waren 10 Wochen verflossen. Ich nahm sogleich die Operation vor. Der Warzenfortsatz war pneumatisch, die Zellen reichlich mit Eiter und Granulationen erfüllt. Die erste Woche nach der Operation ging es ihr gut, doch später stellten sich Kopfschmerzen, die auch schon zeitweise vor der Operation bestanden haben, wieder ein. Daher nahm ich einige Wochen später eine zweite Operation vor, bei der ich die Dura der mittleren Schädelgrube ausgiebig freilegte und nach vorn durch gesunden Knochen getrennt gegen die Spitze zu einem Extraduralabsceß freilegte. Einige Zeit nach der Operation ging es wieder gut. (Die genauen Daten sind mir nicht erinnerlich, da ich die Krankengeschichte, die ich in Lemberg machte, gegenwärtig nicht bei der Hand habe.) Dann aber traten, während auch die Wunde nicht ganz heilte und das Ohr noch floß, plötzlich sehr heftige Nackenschmerzen auf, die mich an Meningitis denken ließen, doch fand ich keine Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule und die Schmerzen bei Kopfbewegungen und nur in der Tiefe. Zu sehen war damals weder außen noch im Halse etwas Patho-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logisches. Da ich von Lemberg fort mußte, machte ich den Kollegen darauf aufmerksam, daß ich glaube, es bereite sich eine tiefe Senkung vor. Ich verließ am 15. IX. Lemberg. Jetzt ist nun die Pat. (Ende Oktober) nach Wien nachgekommen. Ich finde nun die Operationswunde geheilt, das Mittelohr trocken. Unterhalb der Hinterhauptschuppe, etwa 2 Querfinger vom hinteren Rand des Warzenfortsatzes entfernt, eine etwa kleinapfelgroße, aber flache, nicht fluktuierende Schwellung und im Halse, und zwar in der Mitte der hinteren Pharynxwand etwas Zungengrundhöhle, eine kleinerbsengroße Fistel, aus der sich dicker, gelber, nicht fötider Eiter entleert, besonders wenn man auf die Geschwulst drückt.

Die vorausgesagte Senkung hat sich also eingestellt. Bemerkenswert ist die Lokalisation der Senkung, wahrscheinlich ist sie von peritubaren Zellen ausgegangen, wofür auch der weit vorn gelegene, bei der zweiten Operation aufgedeckte Eiterherd spricht. Einen ähnlichen Fall habe ich schon einmal gesehen und daher auch die eigentümlichen tiefen Halsschmerzen im Zusammenhang mit dem Verlauf richtig gedeutet.

S. Gatscher berichtet aus der während des Krieges von ihm geleiteten Ohrenabteilung im Garnisonsspital Preßburg über folgende zwei Fälle:

V. **Isolierte Erkrankung der unteren Partie des Warzenfortsatzes (Spitzenmastoiditis) im Gefolge einer Mucosusotitis.**

Bei der ersten Untersuchung zeigte der Pat. eine pastöse Schwellung, welche an der Spitze des rechten Warzenfortsatzes begann und sich zwischen Nackenmuskulatur und Kopfnicker nach abwärts erstreckte. Die Spitze des Warzenfortsatzes war nicht herauszutasten, in der Tiefe ergab die Palpation undeutliche Fluktuation, die Haut war nicht entzündlich verändert. Das Trommelfellbild zeigte ganz leichte Verwischung der Details ohne entzündliche Symptome. Die Perception für Fl.-Spr. war auf 1 *m* herabgesetzt. Zwei Tage später konnte bereits deutliche Fluktuation nachgewiesen werden. Am Trommelfell war im hinteren unteren Quadranten eine zitzenförmige Vorwölbung festzustellen ohne Sekretion. Röntgenologisch Verschleierung der Zellzeichnung des Warzenfortsatzes wie durch vorgelagerten Eiter. Die Diagnose konnte jetzt mit Sicherheit auf Mastoiditis mit Durchbruchabsceß gestellt werden.

Bei der Operation fand Gatscher im Bereiche der Weichteilschwellung einen Senkungsabsceß, der sich nach hinten und nach unten ergossen hatte. Während der obere Teil des Warzenfortsatzes inklusive Antrum normal war, zeigte die untere Hälfte des Knochens eine linsengroße Fistel und war in großer Ausdehnung von grauroten Granulationen erfüllt, so daß bei der Resektion des Knochens die Dura der hinteren Schädelgrube auf etwa Guldenstückgröße freigelegt werden mußte. Im Eiter konnte Streptococcus mucosus nachgewiesen werden.

Nach den Untersuchungen Wittmaacks über die Pneumatisation des Warzenfortsatzes entwickeln sich die Zellen der Spitze aus dem hinteren unteren Paukenpol (Sinus tympani, nach Salvalhe Sinus posterior). Wittmaack leitet aus dieser anatomischen Tatsache die Häufigkeit von isolierten Spitzenzellenerkrankungen bei Kindern ab. Gatscher nimmt an, daß auch in dem beschriebenen Fall die Otitis von vornherein hypotympanal angelegt war, wodurch es zu dieser Form der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mastoiditis gekommen war. Für diese atypische Form spricht auch die Art des Erregers.

VI. **Plötzliche Aphasie bei sonst negativem Nervenstatus, Radikaloperation und Obduktion ohne ausreichendes anatomisches Substrat.**

Bei einem Pat. mit einer linksseitigen akuten Exacerbation einer chronischen Otitis media, die sich durch leichte Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes und mäßige pulsierende Sekretion charakterisierte, trat eines Nachmittags unter Temperaturanstieg auf 38,2° (bisher subfebril), Puls 120, gut gespannt, plötzlich totale Aphasie ein. Der Pat. war vollständig bei Bewußtsein. Keine Paresen, keine Krämpfe, kein Nystagmus, normale Pupillenreaktion. Pat. reagiert deutlich auf Anruf, ohne jedoch zu antworten. Bis zum Abtransport zur Operation verschlechtert sich der Zustand in Bezug auf Atmung und Herztätigkeit.

Bei der Operation fand Gatscher den Knochen von kleinen disseminierten Eiterherden durchsetzt, in der Paukenhöhle Granulationen, die Ossicula nekrotisch. Gegen den Boden der mittleren Schädelgrube war der Knochen brüchig, die Dura aber, die weit freigelegt wurde, nicht verändert und nicht abnorm gespannt, so daß weder punktiert noch incidiert wurde. Da der Zustand des Mannes während der Operation immer schlechter wurde, mußte in der zweiten Hälfte derselben die Äthernarkose fast ganz eingestellt werden. Trotz Excitantien etc. trat 3 Stunden später der Exitus ein.

Die zirka 12 Stunden post exitum vorgenommene Obduktion lieferte, abgesehen von einer auffallenden Weichheit der Hirnsubstanz, die der Obduzent auf akutes Ödem bezog, und einem kleinen nekrotischen Herd in der Nähe des Dachkernes der linken Kleinhirnhemisphäre, einen negativen Gehirnbefund.

Bei dem Vergleich der klinischen Symptome mit dem Ergebnis der doppelten Autopsie muß man wohl die Aphasie auf eine plötzliche, durch die Otitis bedingte Zirkulationsstörung im Gehirn (akutes partielles Ödem) beziehen, die dann weiterhin durch Ausbreitung den Tod durch Lähmung der Oblongata herbeiführte. Die Aphasie bei dem gleichzeitigen Temperaturanstieg in dem sonst negativen neurologischen Bilde konnte als Herdsymptom aufgefaßt werden und gab natürlich als solche die Indikation zur Radikaloperation.

Diskussion.

R. Leidler: Einen ähnlichen Fall von Tod durch akutes Hirnödem nach Ohroperation habe ich vor Jahren beobachtet. Es handelte sich um ein zirka 2—3jähriges Kind, welches nach einer unkomplizierten Antrotomie aus bestem Wohlbefinden (die Operation war vor zirka einer Woche vorgenommen worden) in wenigen Stunden unter schweren zentralen Erscheinungen (allgemeine Krämpfe, Bewußtlosigkeit) starb. Die Sektion ergab hochgradige Hyperämie und Ödem des Gehirns ohne entzündliche Erscheinungen. Die bakteriologische Untersuchung des Gehirns war negativ.

G. Bondy: Ich habe vor Jahren an der Poliklinik folgenden Fall beobachtet: Ein Pat. wurde wegen linksseitigem Schläfelappenabsceß mit Aphasie und den sonstigen typischen Erscheinungen operiert und verließ vollkommen geheilt das Spital. 4 Jahre später Radikaloperation rechts.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Verlaufe der Nachbehandlung traten dieselben Erscheinungen wie seinerzeit auf, so daß der Pat. selbst die Diagnose Hirnabsceß stellte und Suizid versuchte. Es traten epileptiforme Anfälle von Jacksonschem Typus auf und Pat. ging in kurzer Zeit zugrunde. Die Obduktion zeigte nichts als hochgradiges Hirnödem und von Hirnabsceß keine Spur.

Gatscher (Schlußwort): Ich betone nochmals, daß mein Pat. aphasisch und vollständig bei Bewußtsein war, ohne Krämpfe und Paresen.

VII. Ernst Urbantschitsch: **Schläfelappenabsceß nach „spanischer Grippe".**

Paul H., 10 Jahre alt; aufgenommen auf die Kinderabteilung (Prim. Moser) des Kaiser Franz Josef-Spitals am 30. IX. 1918.

Anamnese: Pat. leidet seit Jahren an rechtsseitiger Otorrhoe. Am 15. IX. 1918 erkrankte er an hohem Fieber, Husten, Kopf- und Bauchschmerzen. Obstipation; kein Erbrechen. Sonstiger (somatischer) Befund normal. Diagnose: „Spanische Grippe." 2. X. Kohlschwarzer Stuhl mit stark positivem Blutbefund. Typhus (Widal) negativ. 4600 Leukocyten. Milz tastbar.

Status praesens vom 14. X. 1918: Rechts: Gehörgang mit mäßig viel fötidem Eiter erfüllt. Nach Entfernung desselben wird das Trommelfell fast in toto sichtbar; nur über dem Processus brevis ist eine kleinstecknadelkopfgroße (randständige) Perforation zu sehen. Warzenfortsatz ohne Besonderheiten. — Links: Trommelfell leicht gerötet, stark eingezogen. — R —, +; W➔r.; S $-^{(0)}$, $-^{(0)}$. Kein spontaner Nystagmus. Kalorische Reaktion normal. v = 20 *cm*, 80 *cm*.

Allgemeinbefinden sehr schlecht. Gesichtsfarbe gelblichweiß. Ausdruck leidend. Kopfschmerzen. Druckempfindlichkeit der Halswirbeln, keine eigentliche Nackenstarre. Kernig positiv. Kein Babinski. — Interner Befund: Kleiner pneumonischer Herd im rechten Unterlappen. — Augenspiegelbefund normal. — Lumbalpunktat klar bei deutlich erhöhtem Druck. — Während der ganzen Zeit der Beobachtung hohe Continua.

14. X. Operation: Totalaufmeißelung der Mittelohrräume. Im Antrum spärlich, doch deutlich Cholesteatom. Sinus nicht verändert. Dura der mittleren Schädelgrube ausgesprochen verändert, ödematös, gerötet. Hirndruck auffallend erhöht; die Dura stellt sich in die hellergroße Knochenöffnung ein. Spaltung der Dura. Bei Incisionen in den Schläfelappen quillt sofort Hirnmasse hervor, etwas Liquor, kein sicherer Eiter. — Bakteriologischer Befund: Grampositive Doppelkokken.

Verlauf: 15. X. Morgens Erbrechen. Pleuritisches Empyem am linken Unterlappen. Kein Fieber.

16. X. Relativ gutes Befinden.

18. X. Subfebrile Temperaturen.

19. X. 1. Verbandwechsel. Wundheilung sehr gut. Kein freier Eiter. Tampon nur wenig durchfeuchtet.

20.—24. X. Zeitweise leichte Temperaturerhöhung, sonst nichts Besonderes.

25. X. Große Unruhe. Fieber. Parese der linken unteren Extremität.

26. X. Eröffnung eines Schläfelappenabscesses. Entleerung von etwa einem Eßlöffel voll serösen Eiters.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. XI. Wegen Pleuritisempyem Rippenresektion auf der chirurgischen Abteilung (Prof. Lotheissen). — Bakteriologischer Befund: Diplococcus lanceolatus.

10. XI. Sehr starke Eiterung aus dem Pleuraempyem.

13. XI. Zunehmende Parese der linken oberen Extremität. Hingegen kann das linke Bein aktiv fast so hoch wie das rechte gehoben werden. Babinski bei wiederholten Versuchen einmal links positiv. — Bei tieferem Eingehen in den Schläfelappen entleert sich sehr viel fötider Eiter. — Bakteriologischer Befund: Grampositive Doppelkokken.

18. XI. Eiterung aus dem Hirnabsceß anhaltend profus. Temperaturen normal.

25. XI. Im Hirnabsceß massenhaft leicht grünlich gefärbter Eiter. Starker Hirnprolaps. Allgemeinbefinden sehr schlecht. — Exitus letalis.

26. XI. Obduktion (Dr. Epstein): Kindsfaustgroßer Absceß im Bereiche des rechten Schläfelappens mit nekrotisierender Encephalitis. . . . Empyem im Bereiche des linken Oberlappens und zentrale Pneumonie im rechten Oberlappen. Tuberkulöse Infiltration der Hilusdrüsen.

Epikrise: Intrakranielle Komplikationen als Folgeerscheinung von „spanischer Grippe" gehören unbedingt zu den großen Seltenheiten. Zunächst drängt sich hier die Frage auf, ob es sich in dem Falle tatsächlich um „spanische Grippe" gehandelt hat oder ob nicht vielleicht von Anfang an die Symptome von der Hirnerkrankung ausgegangen sind. Für die Richtigkeit der Diagnose scheinen mir folgende Momente zu sprechen: Der Knabe war über Sommer in Ungarn auf Erholung und kam gekräftigt und gesund im September nach Hause. Die Erkrankung erfolgte plötzlich, gerade zur Zeit der sich ausbreitenden Epidemie, mit hohem Fieber bei sonst negativem Befund. Die Leukocytenzahl zu Beginn der Erkrankung spricht unbedingt gegen die anfängliche Auslösung der Erscheinungen durch einen Hirnabsceß. Das pleuritische Exsudat, das ungefähr gleichzeitig mit den cerebralen Symptomen auftrat, weist ebenfalls mehr auf einen grippösen Ursprung. Einen analogen Fall, bei dem im Anschluß an Grippe ein pleuritisches Exsudat aufgetreten war — bei gleichzeitiger Verschlechterung einer chronischen Mittelohreiterung — konnte ich erst vor wenigen Tagen operieren. Besonderes Gewicht möchte ich aber auf den bakteriologischen Befund legen, da sowohl im Ohreiter wie im Hirnabsceß und Pleuraempyem Diplococcus lanceolatus als Erreger zu finden war. Derselbe kommt überwiegend bei akuten Infektionen vor und daß bei sämtlichen Eiterherden eben dieser Kokkus gefunden wurde, weist doch auf die gemeinsame akute Genese hin.

In dem Fall konnte man außerdem den rapiden Entwicklungsverlauf des Hirnabscesses klinisch verfolgen: Anfangs stark erhöhter Druck bei der Lumbalpunktion und Hirnödem („Einstellung" des Schläfelappens bei dessen Bloßlegung, sofortiges Vorquellen der Hirnmassen bei der Incision). 11 Tage später Parese der linken unteren Extremität, am 12. Tage Eröffnung eines Hirnabscesses. 2 Wochen später Parese der linken oberen Extremität. Nunmehr rapid zunehmende Eiterung aus dem Absceß und Bildung eines starken Hirnprolapses. Bei der Obduktion (9 Wochen nach Beginn der Erkrankung) fand sich ein kindsfaustgroßer Schläfelappenabsceß; eine pyogene Membran wurde nicht nachgewiesen; demnach ist der Absceß, entsprechend dem klinischen Befund, als akuter anzusprechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seine Bildung mag natürlich durch die bestandene chronische (wenn auch angeblich stets sehr spärliche) Mittelohreiterung begünstigt worden sein. Bei der ersten Operation bestand erst eine (nach der Obduktion nekrotisierende) Encephalitis (Lumbalpunktat, Hirnödem!); in verhältnismäßig kurzer Zeit bildete sich ein auffallend großer Schläfelappenabsceß, dem Pat. im Verein mit dem Pleuraempyem, das bei Kindern eine fast infauste Prognose bietet, leider erlag.

Bücherbesprechungen.

Die Kopfverletzungen im Kriege, ihre psychologische Untersuchung, Behandlung und Fürsorge. Von Priv.-Doz. Dr. Emil Fröschels. Mit einem Beitrage von K. C. Rothe, städtischem Lehrer, zugeteilt dem Konsiliararzt. Mit 30 Abbildungen im Texte. Wien 1918, Perles.

In den beiden Verfassern dieses sehr zeitgemäßen Werkes haben sich der als Logopädagoge rühmlichst bekannte Universitätsdozent Dr. Fröschels und der durch die Inaugurierung der Sammelklassen für sprachkranke Kinder bekannte Pädagoge Rothe zu gemeinsamer Arbeit auf dem Gebiete der Experimentalpsychologie und der experimentellen Psychotherapie und der Neurologie verbunden.

Diese Schrift, welche für den Arzt und den Sozialpolitiker von gleicher Bedeutung ist, gewährt einen lichtvollen Einblick in den derzeitigen Stand der Fürsorge für Gehirnverletzte und in die Invalidenfürsorge im allgemeinen. Trotz der wissenschaftlich auf der Höhe stehenden Darstellung ist diese Arbeit auch für den Laien leicht verständlich.

Aus dem reichen Inhalte dieses Buches sei zunächst auf die Entstehungsgeschichte des Kopfschußspitales im Wiener Garnisonsspital Nr. 2 verwiesen. Der Leser gewinnt einen Einblick in die Einrichtung des in diesem Spitale untergebrachten psychologischen Kabinettes. Über die Arbeitsweise orientiert unter anderem die Beschreibung der plethysmographischen Aufnahmen der Sprachtätigkeit, der Prüfung der Geruchs- und Geschmacksempfindungen. Im besonderen sei darauf verwiesen, daß es Herrn Rothe gelungen ist, die technische Durchführung dieser psychophysischen Experimente wesentlich zu verbessern. Eingehender wird dann die Prüfung der Sprache und Intelligenz der Patienten dargestellt. Gerade dieses Kapitel bietet, da es mit Ausfallserscheinungen im Seelenleben zu tun hat, wertvolle Ergänzungen für das Studium des normalen Seelenlebens. Den psychischen Habitus der Patienten entsprechend, fand dabei das Schema der Intelligenzprüfung nach Ziehen eine sachgemäße Umgestaltung, wenngleich im einzelnen Bedenken gegen den Geltungsbereich einzelner Tests nicht von der Hand zu weisen sind. So z. B. die Verwendung der Korrektur von Druckfehlern. Was auf Seite 31 über die Geschichte der Inventuraufnahme der menschlichen Intelligenz gesagt wird, bedarf in bezug auf das Problem der Anlage im besonderen einer tiefer schürfenden Darstellung und verweist der Rezensent auf seine in Kürze erscheinenden Arbeit „Über den Begriff der Anlage bei den Pädagogikern des 12. bis 16. Jahrhunderts“ (Festschrift für Otto Willmann, 1919). Wenn der Beobachtung der Willensäußerungen in der Übungsschule und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in den Werkstätten der Kopfschußstation auch die gebührende Beachtung geschenkt wurde, so wäre es immerhin wünschenswert, wenn der Untersuchung der Willensbetätigungen auch bei der Intelligenzprüfung im Sinne Ziehens noch mehr Sorgfalt zugewendet würde.

Die zielstrebige Durchführung der Intelligenzprüfung verdient um so mehr Beachtung, da Dozent Dr. Fröschels und sein bewährter Mitarbeiter Rothe mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen hatten. Es sei nur erinnert an die Vielsprachigkeit der Patienten und an deren verschiedenen Bildungsgrad. Den Schluß dieses lehrreichen Kapitels bilden Berichte über dynamographische Untersuchungen, die mit einem nach den Angaben Fröschels' konstruierten Dynamograph durchgeführt wurden.

Im dritten Kapitel erfährt der Leser, daß in dieser Kopfschußstation Schulklassen für therapeutische Zwecke eingerichtet worden sind. Wie gründlich die systematische Übungstherapie dort vorgenommen wird, lehrt unter anderem der mitgeteilte Auszug aus der Krankengeschichte eines Aphatikers, der 1350 Stunden Einzelunterricht erhalten hat. In dem Bestreben, die Hirnverletzten nicht nur zu heilen, sondern ihre Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, wurden in der Anstalt Werkstätten eingerichtet, in denen die Patienten durch mechanotherapeutische Maßnahmen bei der Erlernung des vor der Verletzung ausgeübten Berufes, oder wenn dies die Verletzung in ihren Folgeerscheinungen bedingt, bei der Erlernung eines neuen Berufes zweckdienlich gefördert werden.

Sehr beachtenswert für den Psychologen sind schließlich die Ausführungen über die somatischen und psychischen Symptome der Patienten. Zahlreiche wiedergegebene Protokolle orientieren über die erfolgreiche therapeutische Behandlung vieler Patienten.

Mit einem Hinblick auf das Gebot der Notwendigkeit, die gehirnverletzten Soldaten, so weit als es ärztliche Hilfe imstande ist, dem sozialen Leben wiederzugeben, schließt diese gründliche Arbeit, deren Lektüre dem Arzte und Staatsmanne dringendst empfohlen werden kann.

Dr. Willibald Kammel.

Referate.

I. Allgemeines.

Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit vom Standpunkt der Otologie. Von Prof. H. Haike. (Aus „Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit, ihre Indikationen, Technik und Rechtslage". Von Placzek, Berlin.)

Die wichtigste Ohrerkrankung, bei welcher wir zu dieser Frage Stellung nehmen müssen, ist die Otosklerose. Die Indikationen, die der Verf. aufstellt, lauten: 1. Bei geringer oder mäßiger Hörstörung soll vor dem Eingehen einer Ehe auf die Möglichkeit einer Verschlimmerung und der Beschleunigung durch eintretende Schwangerschaft und die Gefährdung der Nachkommenschaft hingewiesen werden; 2. tritt in einer Schwangerschaft auffallende Verschlimmerung der Hörstörung ein oder wiederholt sich eine auch nur mäßige Verschlechterung in mehreren Schwanger-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schaften, ist die Unterbrechung indiziert und die Verhütung weiterer Schwangerschaften dringend geboten; 3. wenn bei eintretender Gravidität schon hochgradige Schwerhörigkeit besteht, welche den Eintritt von Taubheit befürchten läßt, ist der Abortus gerechtfertigt; 4. bei bestehender schon fast vollkommener Taubheit wird die Schwangerschaft nicht unterbrochen; 5. wenn subjektive Geräusche zu schweren Gemütsdepressionen und Selbstmordversuchen führen, erscheint der Abortus geboten.

Für die Mittelohreiterungen sowie für dysthyse Hörstörungen kommt der künstliche Abort nicht in Betracht.

Soziale und eugenische Indikationen bestehen nur eventuell für die Verhütung der Schwangerschaft. R. Leidler.

Über das Vorkommen von latenter Tetanie bei Otosklerose. Von StA. Doz. Doktor H. Frey und Prim. Doz. Dr. Orzechowski. (W. kl. W., 1917, Nr. 32—34.)

Im ersten Teil der Arbeit geben die Verf. einen kurzen, aber erschöpfenden Überblick über den jetzigen Stand der Tetaniefrage. Im weiteren werden 8 Fälle geschildert, bei welchen sich typische Otosklerose mit latenter Tetanie, resp. Symptomen von solcher vergesellschaftet finden. Der Umstand, daß die Tetanie nach der derzeit herrschenden Ansicht als Erkrankung des innersekretorischen Drüsensystems (speziell der Epithelkörperchen) aufzufassen ist, legt es nahe, auch bei der Otosklerose nach ähnlichen (oder denselben) ätiologischen Momenten zu fahnden. Es wird sich gewiß lohnen, dieser Anregung der Verfasser bei der Otosklerose, aber auch bei anderen Ohrenerkrankungen (z. B. bei der progressiven labyrinthären Schwerhörigkeit) zu folgen. R. Leidler.

Verlust der Gefühlsempfindungen im Tongebiete (musikalische Anhedonie). Von C. Stumpf. (Z. f. Psych. Bd. 75.)

Beschreibung des Leidens eines früheren Militärmusikers, der Posaune und Cello gespielt hatte, aber allmählich Schwierigkeiten im Zusammenspielen fand und jeden Genuß an der Musik verlor. Die psychologische Analyse des Falles ergab einen akustisch vollkommen normalen Befund (auch was die Unterscheidung von Klangfarben anbelangt), sondern nur eine Störung in den mit dem Hören von Musik auftretenden Gefühlen, so daß der Verf. daraus schließt, daß der sogenannte Gefühlston von den Tönen selbst trennbar ist, also keine immanente Eigenschaft ist. Wie es eine Anästhesie in bezug auf die Töne selbst gibt, so kann es auch eine Anästhesie für die darangeknüpften Gefühlsempfindungen, eine musikalische Anhedonie geben, die niemand als krankhaft empfindet, wenn sie ihm — wie allen Unmusikalischen — angeboren ist, die aber pathologisch wird, wenn sie den Wegfall eines bei diesem Individuum bis dahin normal funktionierenden zentralen Prozesses bedeutet. Der Sitz dieser Erkran-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kung könnte sich im akustischen Zentrum (Temporallappen) oder in seiner Nähe befinden. R. Leidler.

Ein neues Labyrinthfistelsymptom. Von Priv.-Doz. Dr. S. H. Mygind, erster Assistent der Klinik. (Aus der Ohren- und Halsklinik des Kommunalhospitals zu Kopenhagen [Direktor: Prof. Dr. Holger Mygind].) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Kh. d. Luftw. 77. H. 1.)

Der Autor konnte in vier Fällen von Fistel im horizontalen Bogengang durch Druck auf die Carotis derselben Seite einen Nystagmus auslösen. Zunächst machte der Bulbus eine langsame Bewegung gegen die gleichnamige Seite, hierauf folgten einige horizontal-rotatorische Nystagmusschläge gegen die andere Seite. Dieser Nystagmus ließ sich auch auslösen, wenn das Fistelsymptom versagte.

Ernst Urbantschitsch.

Ohrenkrankheiten im Kriege und ihre Behandlung. Von M. Hertz, Warschau. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 27, 28, 29.)

Die große Rolle, welche das oft stunden- und tagelang anhaltende Geschützfeuer, ferner Minenexplosionen u. dgl. im jetzigen Kriege spielen, erklärt die größere Häufigkeit der Beschädigungen des Gehörorgans im Vergleiche zu früheren Kriegen. Das längere Kampieren in freier Luft, auf schmutzigem Stroh u. dgl. erklärt die häufigeren Erkrankungen des äußeren Ohres — Kongelationen, Perichondritis, Furunkulose. Verf. hat oft Trommelfellrupturen und Affektionen des inneren Ohres infolge Kriegsbeschädigung gefunden, die bis dahin sowohl vom Patienten als auch von der Umgebung unbeachtet geblieben waren. Direkte Ohrverletzungen kommen zustande durch Schußwunden, Granatsplitter, Verschüttungen, Schleudern gegen eine Wand. Diese Fälle kommen meist zur chirurgischen Behandlung wegen der äußeren Verletzungen, während das Gehörorgan ununtersucht und unbehandelt bleibt. Die meisten Verletzungen des Ohres kommen auf indirektem Wege zustande als Beschädigungen des Trommelfelles, Erschütterungen des Labyrinths. Erschütterung durch Schalleinwirkung hat nur eine Beschädigung des Gehörs (Cochlearis), Schlag auf den Kopf, gesteigerter Luftdruck haben auch Schädigung des Vestibularis und verschiedene allgemeine und Hirnerscheinungen zur Folge.

Da eine spätere Untersuchung des Ohres nicht mehr unterscheiden kann, ob eine vorliegende Veränderung die Folge einer traumatischen Verletzung oder eines früheren pathologischen Prozesses ist, soll nach jeder Kopfverletzung eine sofortige Untersuchung des Ohres vorgenommen werden; ebenso soll jeder Soldat bei der Einstellung am Ohr untersucht werden. Die Prognose der Labyrintherschütterung ist unsicher. Es kann nach einigen Tagen Besserung bis zur Heilung, aber auch fortschreitende Verschlimmerung bis zur Taubheit erfolgen; Warnung vor Ausspritzen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Ohres; Vorsichtsmaßregel zur Verhütung von Trommelfellruptur bei Schützen. Im Knochen des äußeren Gehörganges oder im Warzenfortsatz steckengebliebene Projektile sind möglichst bald zu entfernen, weil sie sonst später Eiterung und Nekrose hervorzurufen pflegen. Nach Ausheilung einer Trommelfellperforation bleibt noch durch einige Zeit eine größere Empfindlichkeit des Ohres, besonders gegen Explosionen zurück, daher solche Patienten noch durch einige Zeit in leichter Dienstverwendung hinter der Front zurückbehalten werden sollen. Spira.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Zur Behandlung traumatischer Trommelfellperforationen. Von San.-Rat Dr. Vulpius. (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Kh. d. Luftw. 77. H. 1.)

Der Autor führt zwecks Heilung traumatischer Rupturen einen schmalen Mullstreifen, dessen mediales Ende mit etwa 5% Protargollösung befeuchtet wird, bis an die Rupturstelle und sah von dieser Behandlungsmethode die besten Erfolge. Der Wechsel der Streifen erfolgte die erste bis zweite Woche täglich einmal, späterhin zweitäglich.

Ernst Urbantschitsch.

Hämorrhagien und Blutungen aus dem Ohr. Von L. Lubliner, Warschau. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 23.)

Symptomatische Ohrenblutungen können auftreten bei Hämophilie, Skorbut, Morbus Werlhofi, Barlowi, Brighti, bei Anaemia maligna, Leukämie. Hier können die Blutungen größere Dimensionen annehmen und sogar letal endigen; ferner bei Infektionskrankheiten, wie Typhus, Masern, Scharlach, Keuchhusten, wo die Blutung meist leicht gestillt werden kann; bei venösen Hyperämien, wie bei Erhenkten, Verschütteten, Kaissonarbeitern, Tauchern, Luftschiffern, bei Explosionen, Erdbeben, Donnerschlag; als vikariierende Blutungen besonders bei Frauen. Idiopathische Blutungen aus dem Ohr kommen vor bei Tumoren, besonders Angiomen, Polypen, Granulationen und bei Verletzungen im Ohr. In einem Falle sah L. bei einem 14jährigen Patienten, der sich mit einem Streichholz das Ohr reinigte, eine 3 Tage währende Blutung, die eine akute Anämie zur Folge hatte. Bei einem 18jährigen Kranken trat nach einem Trauma Bewußtlosigkeit und eine 3tägige Blutung aus dem Ohr auf. Schwere Blutungen können erfolgen bei Verletzungen der knöchernen Schädelkapsel, bei Frakturen des Felsenbeins, der Schädelbasis. Verf. führt 2 Fälle von Basisfraktur an, die er auf seiner Abteilung beobachtet hat. Bei dem einen folgte auf die Ohrenblutung Ausfluß von Cerebrospinalflüssigkeit, dann Eiterung. Nach 4 Wochen Exitus infolge Pachymeningitis purulenta. Der zweite Fall genas nach Eröffnung eines Schläfelappenabscesses. Schwere Blutungen erfolgen manchmal nach Operationen durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verletzung des Sinus oder der Carotis. Einmal hat Verf. nach Radikaloperation wegen Cholesteatom Bersten des stark gespannten Sinus infolge Verbanddruckes beobachtet. Die sich darauf oft wiederholenden Blutungen hörten erst nach Unterbindung der Jugularis auf. Geringere Blutungen kommen vor nach Entfernung von Polypen, von Granulationen, nach Auskratzung der Paukenhöhle, seltener nach Paracentese des Trommelfells.

Spontane schwere Blutungen kommen vor nach Arrosion der Carotis oder der Jugularis bei chronischen Ohreiterungen, nach Scharlach, bei Cholesteatom, Tuberkulose des Ohres, seltener nach Eindringen ätzender Flüssigkeiten ins Ohr. In seltenen Fällen kann gleichzeitig eine Blutung aus Carotis und Jugularis erfolgen. Einen solchen Fall teilt L. mit, betreffend einen 21jährigen Patienten, der sich eine konzentrierte Säure ins Ohr goß. Durch 2 Tage heftige Ohrenschmerzen, dann starke Blutung aus dem Ohr. Nach Tamponierung des Ohres Blutung durch Tuba, Hals und Nase. Schwerer Allgemeinzustand. Temperatur 39°, Puls fadenförmig. Mastoiditis. Bei der Operation erwiesen sich die knöchernen Wände der Paukenhöhle, des äußeren Gehörganges, der Warzenfortsatz erweicht, zerstört. Die Weichteile der ganzen Umgebung von fötider Jauche durchtränkt. Nach 8 Tagen Exitus letalis. Während dieser Zeit 8 schwere Blutungen aus dem Ohr, an einem Tag entleerte sich dunkles venöses, am nächsten Tag helles arterielles Blut. Bei der Sektion fand sich sowohl die Carotis als auch der Bulbus jugularis stellenweise destruiert, nekrotisch. Das Felsenbein an verschiedenen Stellen nekrotisch. Spira.

III. Labyrinth und Hörnerv.

Über Schädigung des Gehörorganes durch Gasvergiftung. Von Priv.-Doz. Dr. Erich Ruttin, Assistent der Klinik. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Wien [Vorstand: Hofrat Urbantschitsch].) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Kh. d. Luftw. 77. H. 1.)

Verf. berichtet über drei Fälle: in dem ersten, einer Leuchtgasvergiftung, scheint eine Schädigung des Labyrinthes und des Acusticusstammes nicht wahrscheinlich; im zweiten handelte es sich um eine schwere Läsion des Cochlearis und Vestibularis; im dritten endlich um eine vollständige Ausschaltung des Cochlear- und Vestibularapparates, vermutlich retrolabyrinthärer Ätiologie. Ernst Urbantschitsch.

Zur klinischen Bedeutung des Bárányschen Zeigeversuches. Von Hans Brunner. (Jb. f. Psych. 38. [Festschr. f. Obersteiner.] 1917.)

An 4 genau beobachteten und mehrfach untersuchten Fällen kommt der Verf. zu dem Ergebnisse, daß es gewisse Fälle von Schädeltraumen gibt, in denen der Zeigeversuch dasselbe Resultat liefert, ob nun aller Wahrscheinlichkeit nach eine organische Schädigung des Kleinhirns vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegt oder nicht. Der Umstand, daß diese Fälle an posttraumatischer Epilepsie litten, läßt den Gedanken aufkommen, daß die Störungen des Zeigeversuches mit dem durch die Epilepsie veränderten Zustande des Großhirns im Zusammenhang stehen und in diesen Fällen der spontane Zeigefehler auf eine Störung in dem Zusammenarbeiten von Großhirn und Kleinhirn zurückzuführen ist, so daß derselbe als cerebral bedingt aufzufassen ist. Es gibt also Fälle, in denen das spontane Vorbeizeigen nicht durch eine organische Schädigung des Kleinhirns, sondern nur durch eine schwere, funktionelle Schädigung des Großhirns erklärt werden kann, durch welche vielleicht die im Großhirn lokalisierten Richtungsempfindungen eine Störung erfahren haben. Im weiteren führen die Betrachtungen den Verf. in Verallgemeinerung dieses Satzes zur Ansicht, daß auch beim normalen Menschen durch die Drehnachempfindung ähnlich wie durch die epileptische Veränderung die Richtungsempfindungen im Kortex gestört werden und daß also nach dem vestibularen Reize die cerebrale Innervation für das Zeigen des Armes insofern eine Veränderung erleidet, als nunmehr vom Kortex nur der Impuls zum Heben des Armes ausgeht, nicht aber die Weisung, in welcher Richtung der Arm gehoben werden soll.

R. Leidler.

IV. Otochirurgie.

Friedländer-Otitis mit Sinusthrombose und Lumbalwirbelabsceß. Von OA. Doktor Marum, kommandiert zur Klinik. (Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke zu Gießen [Direktor: Prof. Dr. v. Eicken].) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Kh. d. Luftw 77. H. 1.)

Beschreibung des Falles. Ernst Urbantschitsch.

Das Prinzip des einheitlichen freiesten Abflußweges in der Pathologie und Therapie der Mastoiditis. Von Doz. Dr. R. Imhofer, Prag, derzeit Regimentsarzt und Chefarzt der Abteilung für Ohrenkranke im Garnisonsspital Nr. 15 in Krakau (Kommandant: OStA. I. Kl. Dr. L. Dobrowski). Intern. Zbl. f. Ohrhlk. u. Rhino-Laryng. 16. 1918.)

„Die Natur bevorzugt bei der Drainage von Eiterungsprozessen des Warzenfortsatzes stets nur einen Abflußweg, und zwar den jeweilig bequemsten und gangbarsten; alle anderen noch vorhandenen Wege werden zugunsten dieses einen ausgeschaltet und verschlossen."

„Die ganze Geschichte der Otochirurgie zeigt, daß erstens nur der Weg, den die Natur weist, gangbar ist, zweitens die Otochirurgie nicht in allem und jedem die Gesetze der allgemeinen Chirurgie annehmen darf, drittens alle Neuerungen und Verbesserungen der Warzenfortsatzoperation und der Nachbehandlung, die dem hier ausgeführten Grundsatze widersprechen, keine Aussicht auf Erfolg haben und unhaltbar sind."

Diese vom Verfasser aufgestellten Grundsätze werden durch Beispiele erhärtet. Ernst Urbantschitsch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Granugonol in der Nachbehandlung von Warzenfortsatzaufmeißelungen. Von Doktor Cäsar Hirsch in Stuttgart. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. s. d. angr. Geb. 102. H. 3/4.)

Verfasser befolgt folgenden Vorgang: Peinliche Entfernung alles Kranken bei der Operation, Naht der Hautwunde bis auf den unteren Wundwinkel, in den ein Vioformgazedocht kommt. Nach 6—7 Tagen Entfernung der Nähte (Klammern). Einspritzung von Granugonol in die gereinigte Wundhöhle bis zum Überlaufen. Einlegen eines etwa 0,7 *cm* weiten, 1 *cm* langen Glasdrains in die Wunde. Das neugebildete Gewebe ist fest und derb, von gesunder fleischroter Farbe. — Die Dauer der Nachbehandlung schwankt zwischen 14 Tagen und 4 Wochen.

Ernst Urbantschitsch.

Notizen.

Acta Oto-Laryngologica. Unter diesem Titel erscheint die seit zwei Jahren die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Welt auf sich lenkende Nordisk Tidskrift för Oto-Rhino-Laryngologi, aus der auch in der Monatsschrift bereits eine Anzahl von Referaten erschienen ist, in erweitertem Umfange. Ihr unermüdlicher, tatkräftiger Herausgeber Gunnar Holmgren (Stockholm), einer der bekanntesten Namen aus den nordischen Ländern, hat in unablässigem Bemühen, der nordischen wissenschaftlichen Forschungstätigkeit den ihr gebührenden Ehrenplatz in der internationalen Geltung zu erringen und zugleich ihr einen Sammelpunkt zu schaffen, es verstanden, den Stab seiner Redakteure und Mitarbeiter um einige bekannte Namen aus dem Norden zu vergrößern und einen merklichen Schritt vorwärts zu tun in der Richtung der Wiederanbahnung internationaler Beziehungen. Möge die neue Zeitschrift, von allen herzlich begrüßt, mit ihrem unparteiischen Namen uns ein günstiges Omen sein, daß im großen Reich der Geister am ersten und ehesten der Völkerfriede erblühe Über Zweck und Ziel der Zeitschrift lassen wir am besten dem Herausgeber das Wort:

„Sehr geehrter Herr Kollege! Seit zwei Jahren erschien im Norden die „Nordisk Tidskrift för otiatri, rhinologi och laryngologi", herausgegeben von Professor Gunnar Holmgren (Stockholm) und redaktioneller Mitwirkung der Professoren Schmiegelow (Kopenhagen), Uchermann (Christiania), von Forselles (Helsingfors) und Bárány (Upsala) und unter Mitarbeit von je fünf bekannten oto-laryngologischen Autoren aus jedem der vier nordischen Länder. — Die Sprache der Zeitschrift war schwedisch, norwegisch oder dänisch und jeder Artikel war von einem Referat in deutscher, französischer oder englischer Sprache — je nach Wahl des betreffenden Autors — begleitet. Die Zeitschrift hat sich also hauptsächlich an das nordische Publikum gewendet und nur durch die Referate sich bemüht, die nordische Literatur in der übrigen Welt bekannt zu machen. Nun soll der Rahmen der Zeitschrift erweitert werden. Sie wird von nun an in internationaler Form erscheinen. Unter dem Namen „Acta oto-laryngologica" herausgegeben, wird sie ihre Artikel in deutscher, französischer oder englischer Sprache nach freier Wahl des jeweiligen Autors bringen. (Sitzungsberichte in der Sprache, die die betreffende Korporation wählt.) Professor H. Burger (Amsterdam) ist in die Redaktion eingetreten und fünf bekannte holländische Oto-Laryngologen haben das Korps der Mitarbeiter verstärkt. Die Redaktion wird für diese neue internationale Fachzeitschrift eine möglichst ausgedehnte Verbreitung über die ganze Welt anstreben. Zahlreiche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oto-Laryngologen der fünf neutralen Staaten des nördlichen Europa haben den Drang gefühlt, diesem Werk Kraft, Zeit und Kosten zu widmen, um in diesen Zeiten der Sonderung und des Niederreißens für die einigenden und aufbauenden Ideen der Wissenschaft und der Brüderlichkeit einzutreten."

Das erste Heft der Acta Oto-Laryngologica ist mit folgenden Beiträgen erschienen: Schmiegelow (Köpenhamn): Contribution to the Pathology of the Tuberculosis of the Bronchial Glands. Uchermann (Kristiania): Die chirurgische Behandlung der chronischen, traumatischen intra-laryngealen und intratrachealen Stenosen. Benjamins (Utrecht): Un nouveau spéculum laryngien. Zwaardemaker (Utrecht): Le sens de l'adsorption des substances volatiles. Essai d'une théorie du mécanisme périphérique des l'olfaction et de son application à la pathologie de l'anosmie essentielle. Pontoppidan (Randers): Quelques expériences sur la sinusité maxillaire. Borries (Köpenhamn): Contribution à l'étude du „tableau benin" du liquide céphalo-rachidien dans les complications endocraniennes otitiques. Holmgren (Stockholm): On a Foreign Body in the Oesophagus with an impending Breach into the Trachea. Bárány (Upsala): Über einige Reflexe bei Neugeborenen. Holmgren (Stockholm): Erfahrungen von Radiumbehandlung in einigen Fällen von Tubarverstopfung. Holmgren (Stockholm): Thérapeutique pratique. Strandberg (Stockholm): Investigations concerning Ulcus Neuroticum Mucosae Oris. Bergstrand (Stockholm): Über den „Klebs-Löfflerschen" Bazillus. Bol und de Kleyn (Utrecht): Über einen Fall von Polyotie. de Kleyn (Utrecht): Über einen Fall von einseitiger Choanalatresie, kombiniert mit Ethmoiditis purulenta, bei einem Säugling. de Kleyn und van Ryssel (Utrecht): Über zwei merkwürdige Tumoren der Ethmoidalgegend. Sociétés savantes.

Die „Acta Oto-Laryngologica" erscheinen in zwangsfreien Heften. Jeder Band umfaßt 500—600 Druckseiten in Oktavformat und kann beim Herausgeber bestellt werden. Adresse: Sabbatsbergs sjukhus, Stockholm. Abonnementpreis pro Band: 20 schwedische Kronen.

Personalien.

Verliehen: Priv.-Doz. Dr. Brock in Erlangen Titel und Rang eines a. o. Professors.

Ernannt: Prof. Gerber in Königsberg zum Geh. Medizinalrat. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian in Berlin zum ordentlichen Mitglied der Deputation für Medizinalwesen.

Feier: Geh. San.-Rat Prof. Dr. Baginsky in Berlin feierte am 24. Mai 1918 seinen 70. Geburtstag. — Geh. Rat P. Heymann feiert am 7. März d. J. seinen 70. Geburtstag; eine eingehende Würdigung seines wissenschaftlichen Lebenswerkes erscheint in nächster Nummer. Dem Altmeister der Laryngo-Rhinologie rufen wir unsere herzlichsten Glückwünsche zu.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. v. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Seite

G. Alexander-Wien: Eine neue Helikoplastik zur Stellungskorrektur und Vergrößerung der Ohrmuschel bei relativer Mikrotie. (Mit 5 Figuren) 113
Dr. Rudolf Fischer-Wien: Traumatische Neurose als Folge einer Selbstbeschädigung des Ohres 116
Dr. Maximilian Kraßnig-Graz: Erscheinungsformen der diesjährigen Influenzaepidemie auf dem Gebiete der Laryngo-Otologie 121
G. Alexander-Wien: Zur Frage der traumatischen Taubstummheit 126

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzungen vom 25. November und 16. Dezember 1918 . . . . . 130—152

Bücherbesprechungen.

Priv.-Doz. Dr. Emil Fröschels: Die Kopfverletzungen im Kriege, ihre psychologische Untersuchung, Behandlung und Fürsorge 152

Referate.

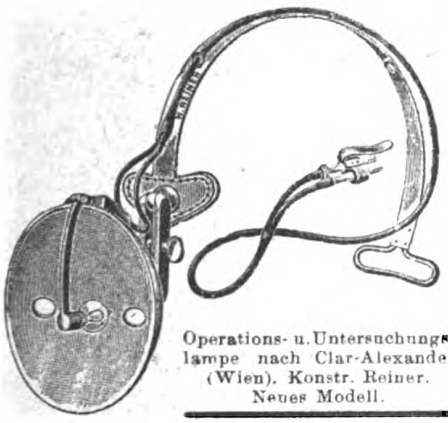
I. Allgemeines 153
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 156
III. Labyrinth und Hörnerv 157
IV. Otochirurgie 158

Notizen.

Acta Laryngologica 159

Personalien.

Verliehen. — Ernannt. — Feier 160



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien
Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.
Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.
•• **Neueste Konstruktionen.** ••
•••• **Man verlange Spezialofferte.** ••••

Ergebnisse der

Abteilung für Hör-, Sprach-, Stimmstörungen

und Tracheotomierte vom Kriegsschauplatz mit einem rhino-laryngologischen Anhang

von Prof. Dr. A. Onodi,

Direktor der rhino-laryngologischen Universitätsklinik in Budapest, Mitglied der ungarischen Akademie der Wissenschaften.

Mit 97 Textabbildungen.

K 10.50 + 20%, gebunden K 15.— + 30% Teuerungszuschlag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

VALYLPERLEN

(Valeriansäurediäthylamid)

Bewährtes

Sedativum und Nervinum

Eigenschaften:

Konstante, verstärkte, typische Baldrianwirkung, sedativ, analeptisch. Dünndarmlöslich, keine Beschwerden von Seiten des Verdauungstraktus.

Indikationen:

Ohrensausen, Ménière'scher Schwindel.
Neurasthenie, nervöse Herzleiden und Schlaflosigkeit.
Psychische Beruhigung vor der Lokalanästhesie.
Menstruations-, Schwangerschaftsbeschwerden.
Flimmerskotom, Asthenopie, Seekrankheit.

Dosierung:

2—3mal täglich 2—3 Perlen zu 0,125 g.

Originalpackungen:

25 Perlen zu 0,125 g.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Neueste Erscheinungen:

Allgemeine Prognostik

oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen.

Von

Prof. Dr. Th. Brugsch, Berlin.

Mit 13 Textabbildungen. **M 24.— = K 36.—.**

An Martius sich anschließend, schöpft dies neue Werk Brugschs aber ganz und gar aus Eigenem und zeugt vom Anfang bis zum Ende von hervorragender klinischer Schulung und Erfahrung, von einer Fülle langjähriger, mühevoller, aber planmäßiger Forschung. — Es ist zu wünschen, daß das Buch in die Hände möglichst vieler Ärzte kommt, dessen reicher Inhalt und lebendige Darstellungsweise Weg und Ziel der Beurteilung des Individuums nach seiner Konstitution weist und in der Tat den Arzt zu schulen vermag, »daß er wirklich nicht Krankheiten, sondern Kranke beurteilen und behandeln lernt«.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Hintergasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie.

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft.

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien); Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. v. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg,

V. URBANTSCHITSCH
Wien.

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien.

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien.

53. Jahrgang. 3. Heft.
(März.)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919.

Monatlich erscheint 1 Heft.
Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

☛ *Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr.* ***Ernst Urbantschitsch****, Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* ***H. Marschik****, Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Seite

Privatdozent Dr. Emil Fröschels-Wien: Die sprachärztliche Therapie im Kriege. III. Teil. Das Stottern 161
Dozent Dr. Oscar Beck-Wien: Eine neue Sinus-Jugularis-Schere. (Mit 1 Figur) . 190

Vereinsberichte.

Niederländischer Verein für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 26. Versammlung vom 25. und 26. November 1916 191

Bücherbesprechungen.

A. Jansen und F. Kobrak-Berlin: Fachbücher für Ärzte. Bd. 4: „Praktische Ohrenheilkunde für Ärzte“ 201

Referate.

I. Allgemeines 202
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 204
III. Labyrinth und Hörnerv 205
IV. Otochirurgie 208

Notizen.

Die Universitäts-Ohrenklinik in Wien. 208

FIBROLYSIN

Leichtlösliche Thiosinamin-Verbindung.

Indikationen:

Stenosen, Strikturen, Schwerhörigkeit

infolge narbiger Verwachsungen und Adhäsionen.

Trockener chron. Mittelohrkatarrh.

Beginnende Otosklerose.

Spezialliteratur zur Verfügung.

E. MERCK, DARMSTADT.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 3. Heft.

Nachdruck verboten.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Abteilung für Kopfschüsse und Sprachstörungen des Garnisonsspitals Nr. 2
(Kommandant: Oberstabsarzt I. Kl. Dr. Johann Scheidl).

Die sprachärztliche Therapie im Kriege.

III. Teil. Das Stottern.

Von Privatdozent Dr. **Emil Fröschels**, Chefarzt der Abteilung.

Die Symptomatologie des Stotterns ist eine äußerst komplizierte. Es gibt kaum zwei Stotterer, deren Sprachfehler einander gleichen würde. Die Seele jedes einzelnen, seine Bildung, seine Umgebung, alles, was mit seiner Persönlichkeit zusammenhängt, hilft bei der Formung des Leidens. Nichts spricht so deutlich dagegen, daß das Stottern in seiner Gesamtheit vom Willen des Kranken unabhängig sei, als gerade diese individuellen Varietäten; die Art und Weise, wie z. B. ein intelligenter Stotterer nach einiger Zeit das Übel kaschiert, während ein unintelligenter immer die heftigsten Stotterbewegungen zeigt, wird einem geschulten Beobachter nicht entgehen und wird zu denken geben. Nur bei genauester Beobachtung der Sprachstörung jedes einzelnen wird man Klarheit in den Komplex von Fragen, die sich bieten, wie nach der Dauer des Übels, nach dem Heilungswillen, dem ganzen Charakter des Patienten, nach Simulation und Aggravation, bringen können.

Die Behandlung des Stotterns ist außerordentlich mühevoll. Gilt das schon für die Friedenspraxis bei halbwegs fortgeschrittenen Fällen, um wie viel mehr noch für die stotternden Soldaten, deren Sprachstörung zum größten Teile entweder traumatisch bedingt ist, also durch ein in der Regel furchtbares Erlebnis entstand, oder wo es sich um Leute handelt, welche schon im Frieden schlecht sprachen, sich aber nicht behandeln ließen. Daraus folgt für diese letzten Fälle, daß sie kein besonderes Interesse an ihrer Heilung hatten und demnach wohl auch haben. Die Patienten, welche schon vor dem Kriege eine Sprachtherapie durchmachten, sind an und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für sich selten, und bei ihnen hat dann entweder diese Kur keinen besonderen Erfolg gehabt, weshalb ihr Vertrauen auf Heilung erschüttert ist, oder aber ihre Sprachstörung rezidivierte durch die Kriegsstrapazen oder ein Kriegstrauma, in welchem Falle sie sich fast ebenso verhalten wie die zuerst genannten Traumatiker.

Es ist daher nur begreiflich, daß wir verschiedene Methoden anwenden, da jede in zahlreichen Fällen versagt. Die bei anderen Sprachneurosen oft so hilfreichen Zwangsmaßregeln, wie Isolierung und vor allem Faradisation, versagen bei Stotterern fast immer. Es ist dies auf den ersten Blick auffallend, weil ja die gleichen Methoden z. B. bei der Aphonie sehr oft gute Erfolge ergeben. Die Erklärung dafür dürfte sich aus dem Wesen der beiden Neurosen ergeben.

Nur in ganz vereinzelten Fällen von „Stottern" haben wir trotzdem durch kräftige Faradisation allein Besserungen erreicht. Diese Patienten jedoch boten bei genauer Beobachtung ihrer Sprache ein Bild, welches dem Stottern wohl ähnlich, mit ihm aber nicht identisch ist. Die Mitbewegungen in den Muskelgruppen sowohl, die nicht zu den eigentlichen Sprachwerkzeugen gehören, als auch die pathologischen Bewegungen in den Sprachwerkzeugen selbst waren sehr lebhaft, ohne daß jedoch, wie dies beim echten Stotterer der Fall ist, eine gewisse Harmonie zwischen den Erscheinungen in den einzelnen Teilen des Sprachapparates bzw. zwischen diesen und den Mitbewegungen in anderen Muskelgruppen bestand. Es wurden z. B. die Lippen in lebhaftem „Klonus" bewegt, während in der Glottis keinerlei Hemmungserscheinungen vorhanden waren, also die Stimme ohne jedes hörbare Hindernis entstand. Oder aber es standen die Bewegungen in den Muskeln, die nicht dem eigentlichen Sprachapparate angehören, in ihrer stürmischen Art in keinem richtigen Verhältnisse zu den im Sprachapparate vorhandenen geringen oder fehlenden pathologischen Bewegungen (Wiederholungen von Silben oder Pressen, was man gewöhnlich „Klonus" und „Tonus" nennt). Dieses in einigen Fällen beobachtete „Pseudostottern" reagierte nun auffallend gut auf den faradischen Strom.

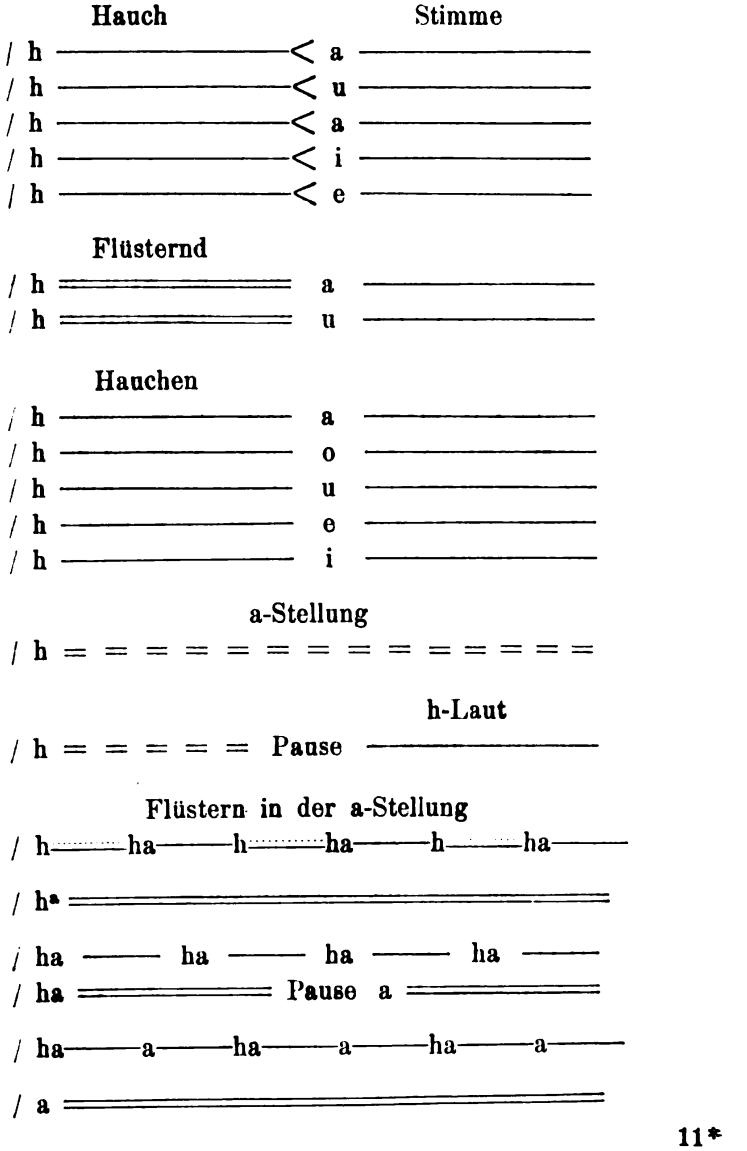
Bei anderen Patienten, wo wohl echtes Stottern vorlag, jedoch der Eindruck bestand, daß die Kran-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ken manches dazu machen, oder wenn absolut kein Wille zur Besserung vorlag, haben wir neben einer Übungsbehandlung faradisiert. Die Übungsbehandlung wird bei uns nach verschiedenen Methoden durchgeführt. Diese Methoden seien nun vor allem besprochen.

Nach Gutzmann beginnt man mit Atemübungen. Für die Stimmübungen wurden folgende Schemen angegeben.

(/ = Tiefe Einatmung; < allmähliche Verstärkung; = = gleichmäßig kräftig.)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

/ a a a a a a a a a
/ á á á á á á á á á

/ a ——— tem / a ——— llerhand
/ a ——— lbert / a ——— dieu
/ a ——— nfang / a ——— rbeiter
/ a ——— nher / a ——— merika
/ a ——— bend / a ——— nbeginn

/ a ——— ntworte‿rasch
/ a ——— ller‿Anfang‿ist‿schwer
/ a ——— sien‿ist‿ein‿Erdteil
/ ha——— lte‿fest‿was‿Du‿hast
/ ha——— mburg‿an‿der‿Elbe

Die Artikulationsübungen werden vor einem dreiteiligen Spiegel vorgenommen, damit der Patient nicht nur seine eigenen Mundbewegungen, sondern auch die des Arztes sehen kann. Es wird nun der Reihe nach jeder Konsonant geübt, anfangs isoliert, dann im Zusammenhang mit Vokalen. Dabei soll anfangs sowohl der Konsonant, als auch der Vokal sehr leise gesprochen werden und allmählich erst der Selbstlaut stärker hervortreten. Sobald wie möglich werden Worte und Sätze gesprochen, und zwar nach dem Prinzip, daß der erste Vokal gedehnt wird und alles Übrige dann ohne Unterbrechung ineinander übergehend gesagt wird.

Für die Übung des fließenden Sprechens werden folgende 12 Regeln gestellt:

1. Sprich langsam und ruhig, d. h. sprich Silbe vor Silbe, Wort vor Wort, Satz vor Satz.
2. Sei Dir stets klar darüber, was Du sprechen willst.
3. Sprich nicht zu laut und nicht zu leise.
4. Stehe und sitze beim Sprechen gerade und still.
5. Hole vor dem Sprechsatz mit geöffnetem Mund kurz und tief Atem.
6. Sei sparsam mit dem Atmen und halte ihn beim Sprechen mehr zurück als daß Du ihn vorschiebst.
7. Gehe stets scharf in die Vokalstellung.
8. Richte die ausströmende Luft nicht auf den Konsonanten, sondern auf den Vokal.
9. Drücke niemals in der Lautbildung, sprich nötigenfalls tiefer als gewöhnlich und dehne die Vokale durchwegs etwas.
10. Fange den offenen Vokal mit leisem und etwas tiefem Stimmeinsatz an.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11. Halte den ersten Vokal im Sprechsatze lange aus und verbinde alle Wörter eines Satzes so miteinander, als wenn das ganze ein Wort wäre.

12. Befleißige Dich stets einer recht deutlichen, lautreinen und wohlklingenden Sprache.

Da ich, wie ich verschiedentlich [1]) ausgeführt habe, der Ansicht bin, daß das entwickelte Stottern durch den Glauben bedingt ist, daß man nicht gut sprechen könne, schätze ich auch den Wert aller Methoden vom Standpunkte der Suggestionen. M. E. lernt der Patient bei allen Übungsarten nichts Neues, denn er kann die Laute und Silben, wenn er allein ist, gut sprechen, auch Worte und Sätze gelingen unter dieser Bedingung fast immer und erst, wenn er jemand gegenübersteht, versagt er. Doch gehört es auch hier zu den seltenen Ausnahmen, daß er Laute und Silben nicht trifft, er kommt nur über Worte und Sätze nicht glatt hinweg. Das Stottern ist eine soziale Sprachstörung und Laute und Silben haben keine soziale Bedeutung, erst das Wort ist ein Verkehrsmittel. Die bei der Übungstherapie durchgeführte Suggestion liegt nun nach meiner Meinung darin, daß man den Kranken glauben macht, die Sprache bestehe vom psychologischen Gesichtspunkte aus aus Lauten und Silben, während sie ja in der Tat psychologisch vornehmlich aus Worten und Sätzen besteht; die Gliederung in Silben und Laute bringt erst die Wissenschaft hinein. Nur Worte und Sätze kann er in der Tat nicht sprechen, Silben und Laute haben für ihn ja keine soziale Bedeutung. Erst bei sehr weit fortgeschrittenem Übel kann durch die ewige Selbstbeobachtung beim Reden auch die Silbe und der Laut in das Bewußtsein treten und dann kann auch bei ihnen Versagen eintreten. Doch gehört dies einerseits zu den Seltenheiten, andererseits wird auch hier noch Wort und Satz schwerer gestört sein, da sie ja einerseits seit Beginn des Übels im Vordergrund stehen und da sie ja das Primäre in der Sprachstörung gegenüber Silben und Lauten darstellen. In Anbetracht dieser Umstände bedeutet also das Laute- und Silbenüben, daß man den Patienten glauben machen will, daß in den Lauten und Silben das Übel stecke und da sie ja entweder überhaupt nicht oder doch in geringerem Maße als Worte und Sätze mit Sprechschwierigkeiten verbunden sind, erreicht man vor den Ohren des Kranken sofort

[1]) Fröschels, Über das Wesen des Stotterns. W. m. W. 1914; Über die Behandlung des Stotterns. Zbl. f. Psychoanal. 1913; Zur Pathologie des Stotterns. Arch. f. klin. u. exp. Phon. 1; Zur Klinik des Stotterns. M. m. W. 1916; Stottern und Nystagmus. Mschr. f. Ohrhlk. 1916; Über den derzeitigen Stand der Frage des Stotterns. Zschr. f. d. ges Neurol. 1917; Über das Wesen der Stotterbewegungen. M. Kl. 1916; Zur Entstehung des tonischen Stotterns etc. M. Kl. 1917; Zur Differentialdiagnose zwischen frischem traumatischem und veraltetem Stottern. W. m. W. 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einen „Erfolg". Dieser wird aber erst dann zu einem wirklichen, wenn es gelingt, den Stotterer unter der Herrschaft dieses Glaubens nun zu Worten und Sätzen zu führen. Deshalb glaubte ich, hier mit einer besonders kräftigen Suggestion eingreifen zu sollen, weshalb ich folgende Modifikation der Gutzmannschen Therapie eingeführt habe. Nach Absolvierung der Silbenübungen lasse ich nach tiefer Einatmung solange miteinander verbundene sinnlose Silben sprechen, als der Atem reicht. Nach einigen Tagen lasse ich dann Lesestücke so abschreiben und dann lesen, daß immer 10 Silben zusammenhängend geschrieben bzw. gelesen werden, ohne daß auf den Sinn Rücksicht genommen wird. Das heißt, es wird, wenn die zehnte Silbe mitten in einem Worte liegt, das Wort zerrissen und die nächste Silbenreihe mit der elften begonnen und mit der zwanzigsten abgeschlossen usf. Dadurch verwandelt sich ein Satz in ein Gebilde, das den sinnlosen Silben sehr ähnelt. Da der Patient nun sinnlose Silben sprechen oder doch besser sprechen kann, kann er auch den so behandelten Satz gut sprechen. Von dort bis zum Lesenlassen des Satzes in seiner wirklichen Beschaffenheit ist nur ein kleiner Schritt. So leite ich die Kranken von den ihnen geläufigen sinnlosen Silben zu Sätzen, wobei ich noch suggestiv unterstreiche: „Sehen Sie, zwischen den sinnlosen Silben und dem Satze besteht gar kein Unterschied."

Über die zweite Art der bei uns durchgeführten Übungsbehandlung hat Herr Assistenzarzt Dr. Felix Rosenthal in der „Wiener klinischen Wochenschrift" berichtet (Zur Theorie und Praxis der Behandlung des Stotterns. 1918. Nr. 26).

„Dem Hausdörferschen Prinzip zufolge gilt es, die Aufmerksamkeit von der Artikulation abzulenken und auf die Phonation zu konzentrieren. Dies geschieht zunächst durch den Beginn mit einem lange forttönenden M, weil dieser Konsonant gewissermaßen die Phonation in größtmöglicher Isolierung darbietet. Stimmt doch hier die Artikulationsstellung überein mit der gewöhnlichen Ruhestellung sämtlicher Artikulationsmuskeln. Diese Übung läßt sich folgendermaßen darstellen:

1. m — — —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weitere Übungen bestehen darin, ein solches vorbereitetes „M" unmittelbar in einen der fünf Hauptvokale überzuführen. Diese Übungen können aneinandergeschlossen werden, wobei zunächst alle Laute gleich lange Zeit andauern:

2. m — u — m — o — m — a — m — e — m — i—, oder m — a — m — e — m — i — m — o — m — u.

In manchen schweren Fällen dauert es einige Zeit, bis es zum Gelingen dieser Übung kommt, und man muß sich damit begnügen, wenn die einzelnen Übungen m — u, m — o usw. zustande gebracht werden. Ein weiterer Schritt besteht darin, bei analogen Übungen das M so kurze Zeit klingen zu lassen, als es in der normalen Sprache im Anlaut der Fall ist. Häufig macht dies gar keine Schwierigkeiten; zuweilen wird dieses Ziel erst allmählich erreicht. Auf solche Weise entsteht nun die Übung:

3. mu — mo — ma — me — mi — oder ma — me — mi — mo — mu.

Dies ist nun bereits das Muster für alle nachfolgenden Stimmübungen; auch das Muster für jene Sprechweise, die besser als jede andere geeignet ist, die Aufmerksamkeit von der Lautbildung abzulenken und der Stimmgebung zuzuwenden, die ich daher von meinen Patienten für einige Zeit ausschließlich anwenden lasse und die durch drei einfache Regeln vollständig dargestellt werden kann:

I. Alle Vokale lang!
II. Alle Konsonanten kurz!
III. Alle Silben gut verbinden!

Der Einfachheit wegen wird diese Art zu sprechen Sprechweise I genannt. Häufig gelingt es selbst schweren Stotterern, unmittelbar nach einmaligem Gelingen der Übung 3 Sätze in Sprechweise I tadellos zustande zu bringen, nicht bloß beim Nachsprechen, sondern auch beim Lesen und freien Sprechen. Doch schadet es nichts, die drei wichtigsten Stimmübungen auch mit allen übrigen tönenden Konsonanten anstellen zu lassen. Da Übung 3 analog wäre, auch die Vokalübung u — o — a — e — i — oder a —e — i — o — u und Übungen mit allen übrigen Konsonanten, zum Beispiel fu — fo — fa — fe — fi —, bu — bo — ba — bi — usw. Ebenso können auch analoge Übungen mit den Doppelkonsonanten z x g und allen übrigen gebräuchlichen Konsonantenkombinationen (auch zwei oder drei Konsonanten, zum Beispiel st, tr, str) vorgenommen werden. Hier kommt es nicht nur auf systematische Vollständigkeit an, sondern es ist nur nach Bedürfnis gelegentlich einmal eine oder die andere dieser Übungen zu benützen, um zu zeigen, daß hier keine Schwierigkeiten vorhanden sind. Ganz allgemein gilt hier der Grundsatz, daß dasjenige überhaupt nicht zu üben ist, was man schon gut zustandebringt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alle diese Übungen haben nur als Muster für die oben geschilderte Sprechweise I zu gelten, die sich von der normalen Sprache freilich noch sehr auffallend unterscheidet, da alle Silben eines Satzes gleich lang, gleich stark und gleich hoch, also mit Fortdauer eines einzigen Tones in sehr langsamem Zeitmaß und in gleichförmigem akzentlosem Rhythmus gesprochen werden. Es ist nun möglich, bei manchen Patienten sogar empfehlenswert, von dem gewonnenen Standpunkt aus unmittelbar zu ganz natürlicher, normaler Sprache fortzuschreiten oder sollten wenigstens Versuche als noch verfrüht aufgegeben werden; denn jeder mißlungene Versuch schadet mehr, als eine große Zahl gelungener nützen kann. Ich pflege den Patienten, die in der Sprechweise I bereits sicher geworden sind, nunmehr eine neue Sprechweise zu verordnen, die Sprechweise II, die der normalen Sprache bereits viel näher steht und die sich ebenfalls im wesentlichen durch drei Regeln umschreiben läßt: a) Alle unbetonten Silben kurz! b) Alle betonten dehnbaren Silben lang! (Helle Vokale lang, dunkle Vokale kurz, ihnen folgende dehnbare Konsonanten lang!) c) Alle Silben gut verbinden! Unter dem Ausdruck „helle Vokale" sind hier alle zu verstehen, die sonst als lange bezeichnet werden. Damit sind wir unserem vorläufigen Ziele der langsamen normalen Sprache sehr nahe gerückt. Nach ihr kommt eine dritte Sprechweise, die bereits große Unterschiede hinsichtlich der Länge, Stärke und Höhe der verschiedenen betonten Silben eines Satzes aufweist und sich nur mehr dadurch von der normalen ausdrucksvollen, lauten und langsamen Sprache unterscheidet, daß die wichtigsten Silben, also eventuell eine einzige im ganzen Satze, übertrieben gedehnt wird, und die Atmungs- und Haltungspausen übertrieben lang andauern. Dieser Sprechweise III gegenüber zeigt die Sprechweise IV außer den bereits in jenen verstandenen melodischen und dynamischen Unterschieden der normalen Sprache auch noch den normalen Sprachrhythmus, so daß sich nun erst alle zu erstrebenden Momente der normalen Sprachmelodie zusammengefunden haben."

Wir haben bisher 267 Fälle von Stottern behandelt, davon waren 113 Jugendstotterer, 148 hatten nach einem Kriegstrauma zu stottern begonnen, 4 Fälle waren in ihrer Kindheit Stotterer, hatten jedoch das Übel durch Behandlung verloren und wurden durch Kriegstraumen rezidiv, bei 2 Patienten war die Sprachstörung nach einem Typhus aufgetreten. Von den Jugendstotterern wurden 6 geheilt, 74 wesentlich gebessert, 53 wurden ungebessert entlassen. Von Traumatikern wurden 12 geheilt, 83 wesentlich gebessert und 53 nicht gebessert. Zwei Rezidive konnten mit fast tadelloser Sprache entlassen werden und auch die beiden posttyphösen Fälle wurden gebessert.

Aus jeder Gruppe folgen nunmehr einige Beispiele.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 1. Jäger N. F., geb. 1889.

Anamnese: Vater war nervenleidend (überreizt), starb an Gehirnschlag ohne vorherige Krankheit, soll gar keinen Alkohol getrunken haben. Mutter an Herzschlag gestorben. Ein Bruder der Mutter im Alter von 24 Jahren an Verfolgungswahn im Irrenhaus gestorben. Zwei Brüder des Pat. sind gesund. Hatte als Kind Masern, Fraisen, im Alter von 7 Jahren Fieber, einige Jahre bis zum 12. Jahr Ohrenfluß aus beiden Ohren. Schon als Kind litt er an Angstzuständen, besonders wenn er über Brücken gehen sollte, die über einen Bach führten. Litt weiters oft an Platzangst. Im Jahre 1908 hat er angeblich einen Nervenshock durch Lektüre einer Biographie Lenaus mit ausführlicher Schilderung von Lenaus Wahnsinn erlitten. Seither die Angstzustände gesteigert; besonders beim Gehen über grüne Plätze oder über Brücken, auch wenn er allein auf einer Bank sitzt, plötzlich (nicht immer). Leidet häufig an Kopfschmerzen und Schwindel, besonders bei künstlichem Licht. Im 15. Jahre Lungenspitzenkatarrh durch 9 Monate. Eingerückt im August 1915. Vom 10. XI. bis 23. XII. 1915 im Felde. Dann wegen Lungenspitzenkatarrh und Nervenleidens in Spitälern (Villach, Krems, Graz, Rosenhügel). Sprache noch nicht behandelt. Nur kalte Packungen und Abreibungen. Hatte im Jahre 1916 auch Venenentzündung am linken Bein.

Befund: 1 Verletzung: 0. 2. Ohren: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal 5. Sprache: Klonisches Stottern mit zahlreichen Silbenwiederholungen und einzelnen Flicksilben und Worten, z. B. „also"; keine Mitbewegungen außer gewissen Grimassen. N. F.[2]) +. Keine Lautwiederholungen. 6. Geruch: normal. 7 Geschmack: normal. 8. Sehen: normal. 9. Sonstiger Augenbefund: Pupillenreaktion normal, Augenbewegungen normal. 10. Facialis: normal. 11. Chvostek: 0. 12. Trigeminus: normal. 13. Mundorgane: normal. 14. Extremitäten: Händedruck rechts schwächer als links, Armmuskeln überhaupt nicht sehr kräftig. 15. P. S. R.: Lebhaft. 16. Sonstige Reflexe: Biceps- und Tricepsreflex sehr lebhaft. 17. Fußklonus: 0. 18. Hodenreflexe: 0; Bauchdeckenreflexe: mäßig. 19. Fußsohlenreflexe: normal. 20. Sensibilität: Nur an der rechten Wange und an der rechten Bauchseite von stärkerer Empfindlichkeit gegen Nadelstiche als links. 21. Nasenspitzenversuch: etwas unsicher. 22. Romberg: vorhanden. 23. Interner Befund: Herz normal. An beiden Lungenspitzen verschärftes Inspirium. 24. Röntgenbefund: normal.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Behandlung und Verlauf: Übungsbehandlung.

20. XII. 1917. Stimmübungen gelingen sehr gut, ebenso das Nachsprechen in Sprechweise I.

4. I. 1918. Lesen und Antworten in Sprechweise I gut.

18. I. Bedeutende Besserung. Lesen und freies Sprechen gelingt in Sprechweise II sehr gut.

6. II. Status idem.

21. II. Beim freien Sprechen noch zuweilen Lautwiederholungen, wenn zu schnell gesprochen wird

---

[2]) N. F. = Nasenflügelsymptom von Fröschels

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

15. IV. Sprache geheilt.

3. V. Mit Konstatierungsbefund (Bewachungsdienst) zum Kader abgegangen.

Fall 2. Jäger G. E., geb. 1897.

Anamnese vom 30. IV. 1918: Im Alter von 3 Jahren Keuchhusten. Im Alter von 4 Jahren Sturz von einer Stiege. Im Alter von 3—4 Jahren im Kindergarten öfters geschlagen und einmal eingesperrt worden, worüber er sehr erschrak. Er hatte, während er eingesperrt war, große Angst. 2 Tage später begann er Worte und Silben zu wiederholen. Das Stottern wurde bald sehr arg und verschlimmerte sich immer mehr. Im Alter von 8—9 Jahren durch 3—4 Wochen von einem Lehrer, der Kurse für Stotterer abhielt, behandelt, dann im Alter von 15 Jahren von einem Schweizer Lehrer (Atemübungen) durch 3 Wochen; beides ohne Erfolg. Im Alter von 9—10 Jahren Lungenentzündung, Bettnässen seit der Kindheit. Pat. beklagt sich noch über schweres Atmen und häufige Aufregungszustände

Befund vom 30. IV. 1918: Sprache: Tonisch-klonisches Stottern. Heftiges Pressen; dabei wird der Kopf gesenkt, mit den Augen gezwinkert. Auch andere Mitbewegungen im Gesichte und mit den Händen. Lautwiederholungen und Steckenbleiben vor Konsonanten. Nasenflügelsymptom positiv. Klein, schwächlich. Femininer Habitus deutlich. Pupillen prompt auf Licht und Akkommodation. Hirnnerven frei, keine Atrophie. Patellar- und Achillessehnenreflexe gleich; kein Oppenheim. Beim Romberg-Versuch kein Schwanken; macht immer einige Schritte nach links, keine Ataxie, kein Intentionstremor. Skleral-Rachenreflexe fehlen, keine wesentliche Sensibilitätsstörung. Bárány-Zeigeversuch negativ.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Übungstherapie: 1. V. Stimmübungen nach Sprachweise I gelingen noch nicht tadellos.

16. V. Lesen in Sprachweise I gelingt häufig gut, zuweilen noch Steckenbleiben.

4. VI. Mit militärärztlichem Zeugnis zu seinem Kader gebessert abgegangen.

Fall 3. Sappeur A. L., geb. 1891.

Anamnese vom 18. VII. 1917: „Pat. war 3 Monate im Spital in Krems. Pat. fiel als Kind von 3 Jahren von einer Bank so unglücklich, daß er seither den Sprachfehler hat. Familienanamnese belanglos.

Befund: 1. keine Verwundung. 2. Ohr: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: Stottern von tonisch-klonischem Typus; vor dem Sprechen heftige Anstrengung der Atmungsmuskeln; zuweilen stoßweise wiederholte Exspirationen oder Inspirationen mit nickenden Kopfbewegungen, Verzerrungen der Gesichtsmuskeln; Lautwiederholungen am Anfang und auch in der Mitte von Worten; Nasenflügelsymptom vorhanden. 6. Geruch: normal. 7. Geschmack: normal. 8. Sehen: normal. 9. Sonstiger Augenbefund: Pupillenreaktion normal. 10. Augenmuskel: keine Lähmung. 11. Chvostek: rechterseits. 12. Trigeminus: rechts druckempfindlich; Cornealreflex normal. 13. Mundorgane: Zunge weicht nicht ab, Würgreflexe vorhanden. 14. Extremitäten: Händedruck rechts schwächer als links, es tritt dabei Zittern ein. 15. P. S. R: schwer auslösbar. 16. Sonstige Reflexe: nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesteigert. 17. Fußklonus: 0. 18. Hoden- und Bauchreflexe: lebhaft. 19. Fußsohlenreflex (Babinski): nicht vorhanden. 20. Sensibilität: In der ganzen rechten Körperhälfte Sensibilität gesteigert. 21. Nasenspitzenversuch: beim Nasenspitzenversuch tritt links geringes, rechts stärkeres Zittern ein, beiderseits etwas unsicher. 22. Romberg: geringes Schwanken 23. Gang: normal. 24. Interner Befund: normal.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Behandlung und Verlauf: Atem-, Stimm-, Artikulationsübungen.

18. VII. 1917. Atmung schlecht; Vokalansatz nur mit krampfartigen Bewegungen.

1. VIII. Fortschritte der Atmung und Sprache.

16. VIII. Weitere Besserung.

2. IX. Status idem.

17. IX. Von einem zweiwöchentlichen Urlaub eingerückt.

24. IX. Nach dem Urlaub keine Besserung.

16. X. Pat. bemüht sich, kleine Besserung.

15. XI. Weitere Besserung. Bei Aufmerksamkeit und ordentlicher Atmung spricht Pat besser.

Fall 4. Sappeur H. F., geb. 1898.

Anamnese: Pat. war nicht im Feld. Stottert seit seiner Jugend. Zwei ältere Brüder haben denselben Sprachfehler. Pat. ist sonst gesund, hat keinerlei Schmerzen. Der Vater ist an Tuberkulose gestorben. Sonst Familienanamnese belanglos. Pat. hatte die englische Krankheit und konnte bis zu seinem 4. Lebensjahr nicht gehen und nicht sprechen.

Befund vom 1. VII. 1916: Herztöne rein. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Lunge ohne Befund. Sensibilität am Rücken links stärker als rechts, an der Stirn rechts stärker als links, sonst gleich. Kein Chvostek. Pupillen reagieren prompt. Kein Nystagmus. Keine Augenmuskellähmung. Cornealreflex vorhanden. Keine Facialislähmung. Stark gotischer Gaumen, defektes unteres Gebiß, sonst Mundorgane ohne Besonderheiten. Würgreflex vorhanden. Nasenflügelsymptom +. Keine Steigerung der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten. P. S. R. lebhaft. Bauchdecken- und Hodenreflex auslösbar. Fußsohlenreflex prompt. Kein Romberg. Kein Babinski. Sprache: Streichbewegungen der rechten Hand über den rechten Oberschenkel, Stottern von tonisch-klonischem Typus, wobei jedoch der Tonus bei näherer Betrachtung sich als aus kleinen Klonen zusammengesetzt erweist. Stottern fast bei jeder Silbe, manchmal sehr heftige Inspirationen und heftige Gehbewegungen.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Therapie: Atemgymnastik, Sprech- und Stimmübungen.

11. VII. Atmung wesentlich gebessert.

20. VII. Status idem

31 VII. Wesentliche Besserung der Sprache. — Wegen Ernteurlaub rekonvalesziert

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hier ist von symptomatologischem Interesse, daß sich der „tonische Krampf" bei näherer Betrachtung als „klonisch" erweist. K. C. Rothe hat darauf hingewiesen, daß die von der Gutzmannschen Schule auf Grund von Pneumogrammen gestellte Diagnose „tonische" bzw. „klonische" Krämpfe der Atemmuskeln sich bei genauem Studium oft als irrig erweist. Unser Fall zeigt, wie Ähnliches auch von den Artikulationsorganen gilt. Diese Tatsache dürfte aber deshalb nicht ohne Bedeutung sein, weil sie vielleicht neues Licht auf die Frage werfen könnte, in welcher Beziehung die „tonischen" zu den „klonischen" Bewegungsstörungen stehen. Die Beobachtung des beginnenden Stotterns hat ja ergeben, daß jene auf diese folgen, was für die ganze Deutung des Übels nicht nebensächlich ist. (Siehe die zitierte Literatur von Fröschels.)

Fall 5. Inf. H. J., geb. 1882.

Anamnese vom 25. IV. 1916: Pat. stottert seit 8 Jahren; in der Verwandtschaft ist kein Sprachfehler, auch besteht keine Nervenkrankheit in der Familie. Die Eltern sind an Altersschwäche gestorben, die Mutter mit 74, der Vater mit 70 Jahren. Pat. hat 5 Geschwister, die alle gesund sind. Er ist ein starker Raucher. Mit 26 Jahre stürzte Pat., daraufhin stotterte er; der Sprachfehler hat sich durch die beiden Schußverletzungen im Felde verschlimmert. Pat. ist seit Beginn des Krieges beim Militär, kam ins Feld anfangs Oktober 1914 nach Rußland, war 6 Wochen dort, wurde an der Hand verwundet, verlor einen Finger, kam ins Spital nach Krakau. Am 15. III. 1915 kam Pat. wieder ins Feld nach Rußland, blieb 10 Wochen, erhielt wieder einen Handschuß. Pat. kam ins Spital nach Budapest, von dort nach Pardubitz, wo er 5 Monate verblieb, dann wurde Pat. in das Rekonvaleszentenheim nach Tulln für einen Monat transferiert; hierauf kam Pat. wieder zur Kompanie, wo er bis Ende März blieb, wurde superarbitriert und dem Garnisonsspital Nr. 2 zur weiteren Konstatierung übermittelt. Der Sprachfehler zeitweilig besser, dann wieder schlechter, wurde nie behandelt.

Befund: Herzstoß im ganzen Epigastrium sichtbar. Puls rhythmisch, äqual, 78. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein, Lunge ohne Befund. Sensibilität scheinbar gleich. Kein Chvostek. Keine Steigerung der Sehnenreflexe oben. P. S. R. lebhaft. Bauch- und Hodenreflex prompt. Fußsohlenreflex normal. Keine Augenmuskellähmung. Pupillen reagieren prompt. Zunge weicht nicht ab. Mundorgane ohne Besonderheiten. Würg- und Cornealreflex vorhanden. Kein Romberg. Lebhaftes Zucken der Augenlider, ferner der Nasolabialfalte und des linken Platysmas beim Sprechen. Tonisch-klonisches Stottern.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Therapie: Brom, Atemgymnastik, Sprechübungen.

22. V. Keine wesentliche Besserung der Atmung und Sprache.

12. VI. Status idem.

24. VI. Besserung der Atmung.

2. VII. Status idem.

11. VII. Besserung der Atmung und des Sprechens.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

20. VII Deutliche Besserung der Sprechübungen und der freien Sprache. Gebessert entlassen.

Fall 6. Inf. G. F., geb. 1875.

Anamnese: Pat. ist im 9. Lebensjahr von einem Baum gestürzt und seit dieser Zeit stottert er. Pat. gibt an, schlecht zu hören, da er Ohrenfluß hatte. Seit 7 Monaten fließt es nicht mehr. Er hat keine Schmerzen, nur starkes Ohrensausen.

Befund vom 11. II. 1916: Puls rhythmisch, äqual, 82. Herzdämpfung normal. Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Sensibilität gleich. Kein Chvostek. Keine Steigerung der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten. P. S. R. auslösbar. Hoden- und Bauchdeckenreflexe vorhanden. Sohlenreflexe normal. Kein Romberg. Pupillenreaktion normal. Zunge weicht leicht nach links ab. Rissige Landkartenzunge. Mundorgane ohne Besonderheiten. Corneal- und Würgreflex lebhaft. Weber im Kopfe. Rinne beiderseits positiv. Kopfknochenleitung rechts verkürzt, ebenso daselbst Verkürzung der Luftleitung für hohe und tiefe Töne. Geringe Verkürzung auch links, daselbst Gehör für akzentuierte Fl.-Spr. mehr als 2 *m*, rechts $^1/_2$ *m*. Beide Trommelfelle milchig getrübt, ohne Lichtreflex, retrahiert Die Sprache mit häufigem Einflicken von „ja", Dehnen der Vokale, während bei Konsonanten kein Tonus bemerkt wird. (Wenigstens während der 1. Prüfung.)

Diagnose: Inveteriertes Stottern mit Embolophrasien.

Therapie: Atem-, Stimm-, Artikulationsübungen. Brom.

20. III. Keine Besserung zu verzeichnen.

10. IV. Pat. spricht wesentlich leichter, doch sind Wiederholungen noch vorhanden

12. IV. Status idem.

Pat. wird mit Konstatierungsbefund entlassen. Mittelgradiges Stottern seit Kindheit. Hilfsdiensttauglich.

Fall 7. Feldwebel L. A., geb. 1889.

Anamnese: Pat. stottert seit Jugend; er wurde im April 1915 in Galizien von Fieber befallen, wußte nichts von sich, bis er in ein Spital in Szegedin kam. Hatte Bronchitis, Sprache sehr verschlechtert. Seit 29. IX. an der Abteilung für Sprachkranke des Kriegsspitals Nr. 4, Wien.

Befund vom 30. IX. 1915: Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Chvostek 0, keine Steigerung der Sehnenreflexe. Patellarsehnenreflex rechts nicht auslösbar. Bauchdecken- und Hodenreflex normal. Fußsohlenreflex rechts +, links 0. Pupillen prompt. Sensibilität gleich. Zunge deviiert nach links. Nasenflügelsymptom +.

Nervenbefund (Prof. Dr. Erben): Große kolloide Struma, weite Lidspalten, feinschlägiger Tremor der Finger Puls 108. Vagusphänomen positiv. Beim Sprechen sehr schwache Artikulationsbewegungen. Stimme leise. Wippen mit dem rechten Knie.

Diagnose: Inveteriertes Stottern vom Typus des beabsichtigten Kaschierens.

Therapie: Atem-, Stimm- und Artikulationsübungen.

1. XI. Atemübungen besser.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

20. I. 1916. Ohne Besserung zu Kanzleidiensten entlassen.

Dieser Pat. bietet insoferne symptomatologisches Interesse, als er ein gebildeter Mann von guten Umgangsformen ist, im Zivil als höherer Privatbeamter fungiert und durch leise Stimme und schwache Artikulationsbewegungen sein Stottern möglichst zu verbergen sucht. Er ist 26 Jahre alt und stottert seit mehr als 20 Jahren. Vergleicht man ihn z. B. mit Fall 6, der Arbeiter ist und seit 32 Jahren an dem Übel leidet, beim Sprechen aber im ganzen Gesichte zuckt, so erkennt man den Einfluß der Intelligenz, des Charakters, des Milieus deutlich. Der Umstand, daß Fall 5 um 12 Jahre länger stottert als Fall 7, darf nicht in dem Sinne gedeutet werden, daß er deshalb schwerere äußere Symptome aufweist. Die Erfahrung zeigt nämlich, daß nach jahrelangem Bestehen die Intensität der äußeren Symptome abzunehmen pflegt.

Fall 8. Sappeur D. F., geb. 1897.

Anamnese: Pat. war nicht im Felde, hat seit jeher den Sprachfehler, bekam mit 4 Jahren Fraisen. Pat. kann sich nicht an die Dauer des Leidens erinnern. Es ist jetzt ausgeheilt. Eltern gestorben. Mutter an Lungenleiden.

Befund vom 13. VI. 1917: 1. Verwundung: 0. 2. Ohren und Hörfunktion: normal. Statisches Labyrinth: normal. 3 Nase normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: F f Franz at at at Dalinger. Pat. steht im allgemeinen vollkommen unbeweglich, nur manchmal hebt er die rechte Hand. Auch Steckenbleiben mitten im Worte. Nasenflügelsymptom +. 6. Geruch: normal. 7. Geschmack: normal. 8. Sehen: gut. 9. Sonstiger Augenbefund: Pupillenreaktion prompt. 10. Augenmuskel: keine Lähmung. 11. Facialis: keine Lähmung. 12. Chvostek: 0. 13. Trigeminus: nicht druckempfindlich. 14. Cornealreflex: vorhanden. 15. Mundorgane: Stark defektes oberes Gebiß. Zunge weicht nicht ab. Würgreflex lebhaft. 16. Extremitäten: Kraft erhalten. 17. P. S. R.: prompt. 18. Sonstige Reflexe: An der oberen Extremität nicht gesteigert. 19. Fußklonus: 0. 20. Hoden- und Bauchdeckenreflexe: vorhanden. 21. Fußsohlenreflex: kein Babinski. 22. Sensibilität: nicht gestört. 23. Nasenspitzenversuch: normal. 24. Romberg: 0. 25. Gang: sicher. 26. Interner Befund: normal. 27. Röntgenbefund: normal.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Behandlung und Verlauf: Das Stottern mit oft unverständlicher Sprache durch Spitalsbehandlung nicht zu bessern.

Fall 9. Inf. F. J., geb. 1896.

Anamnese: Pat. fiel als Kind von einem Dachboden, konnte eine Zeit lang nicht sprechen und, als er die Sprache wieder erhielt, stotterte er.

Befund vom 3. II. 1916: Puls rhythmisch, äqual, 68. Großer flacher Naevus pigmentosus am Brustbein über die ganze rechte Brust bis zum Oberarm, und zwar zwischen der 2. und 4. Rippe. Herzdämpfung normal. Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Sensibilität gleich. Keine Steigerung der Sehnenreflexe. P. S. R. lebhaft. Chvostek der Oberlippe. Pupillen reagieren prompt. Zunge weicht nicht ab Mundorgane ohne Besonderheiten. Aufgefordert, A zu sagen, bringt Pat. nur ein geflüstertes „A“ heraus. Corneal- und Würgreflex vorhanden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bauchdeckenreflex beiderseits, Hodenreflex rechts auslösbar. Fußsohlenreflex vorhanden. Nasenflügelsymptom stark positiv.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Therapie: Atemgymnastik etc.

1. III. Besserung der Atmung.

20. III. Trotz guter Atemübungen gelingen Stimmübungen nicht.

12. IV. Sprache nicht gebessert, wird mit militärärztlichem Zeugnis und Antrag auf Dienst ohne Waffe entlassen.

Fall 9 beweist, wie trügerisch es wäre, wollte man aus der Besserung einer Sprechkomponente, z. B. der Atmung, weitgehende prognostische Schlüsse im Sinne einer zu erwartenden Besserung der Sprache ziehen. In jedem Stadium der Übungsbehandlung besteht die Möglichkeit, auf ein unüberwindliches Hindernis zu stoßen. Es gibt z. B. eine Menge Stotterer, welche alle Übungen bis zu den sinnlosen Silben hinauf tadellos machen, bei Worten und Sätzen aber ebenso versagen wie vor der Behandlung. Es kommt aber andrerseits vor, daß die Atemübungen niemals halbwegs gut gelingen, die Gesamtsprache jedoch wesentlich gebessert wird. Aus derartigen Beobachtungen hat sich mir immer der Schluß aufgedrängt, daß eine Beschäftigung mit den Einzelsymptomen, z. B. das Studium der Pneumogramme, nur dann von Wert sein kann, wenn man sich dadurch nicht von der Hauptsache, dem psychisch-sprachlichen Zustand des Kranken, ablenken läßt.

Fall 10. Schütze St. J., geb. 1897.

Anamnese: Pat. stottert seit seiner Kindheit und hat in der Schule noch schlechter als jetzt gesprochen.

Befund vom 17. VI. 1917: 1. Verwundung: Am linken Daumen und am rechten Unterarm einige Schnittnarben, vom Zivil herrührend. 2. Ohren: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: Mehrere Schnarchlaute, dann explosives Ausbrechen mehrerer Worte, Streichen der Hände über die Schenkel. Pat. sagt (Schnarchlaute): „twa Kremser Bezirk." 6. Geruch: normal. 7. Geschmack: normal. 8. Sehen: gut. 9. Sonstiger Augenbefund: Pupillenreaktion prompt. 10. Augenmuskel: keine Lähmung. 11. Facialis: keine Lähmung. 12. Chvostek: 0. 13. Trigeminus: Supraorbitalis beiderseits druckempfindlich. Cornealreflex vorhanden 14. Mundorgane: ohne Besonderheiten. Zunge weicht nicht ab. Würgreflex vorhanden. 15. Extremitäten: Kraft erhalten. 16. P. S. R.: lebhaft. 17. Sonstige Reflexe: An den oberen Extremitäten nicht gesteigert. 18. Fußklonus: 0. 19. Hoden- und Bauchdeckenreflexe: vorhanden. 20. Fußsohlenreflex: kein Babinski. 21. Sensibilität: keine Störung. 22. Nasenspitzenversuch: normal. 23. Romberg: Fallen nach hinten. 24. Gang: sicher. 25. Interner Befund: normal.

Diagnose: Inveteriertes Stottern.

Therapie: Nach Hausdörfer und Gutzmann.

Behandlung und Verlauf: Pat. atmet vor dem Sprechen mehrmals durch die Nase ein und aus. Mitbewegungen (Kopf, Rumpf und Arme). Kann nicht singen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

23. VI. Es gelingt dem Pat. nur die erste Stimmübung, ein aushaltendes „M", ohne vorangehende Nasenatmung; wenn er von einem „M" zu einem Vokal übergehen soll, so atmet er wie sonst vor dem Sprechen nach dem „M" zwei- oder dreimal durch die Nase ein und aus und bringt dann nur ein ganz kurzes „Ma", „Mo" etc. heraus

29. VI. Noch keine Atmungsbesserung.

2. VII. Atemübungen zum Teil mit dem ausgehaltenen „M".

5. VII. Fortsetzung der Atem- und Stimmübung. Noch keine Besserung

8. VII. Stottern durch Spitalsbehandlung nicht zu bessern.

Fall 11. Inf. F. W., geb. 1895.

Anamnese: Pat. am 5. X. 1917 eingerückt und, nachdem er 10 Tage abgerichtet wurde, ist er vom Regiment zur Konstatierung ins Garnisonsspital Nr 1 geschickt worden, von dort in die Filiale Hainburgerschule des Garnisonsspitals Nr. 2. Pat. gibt an, vom 7. Lebensjahr an gestottert zu haben, seit ihm der Lehrer in der Schule Schläge (Faustschläge) auf den Rücken gegeben hat. Kein Stottern in der Familie, er soll immer sehr still gewesen sein, Lernen hat ihm große Schwierigkeiten bereitet, er hat nur 3 Volksschulklassen.

Befund vom 15. XI. 1917: Puls rhythmisch, äqual, 68 Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Kein Chvostek. Sensibilität gleich. Keine Steigerung der Sehnenreflexe oben. P. S. R. lebhaft. Bauchreflexe lebhaft. Hodenreflexe vorbanden. Fußsohlenreflex normal. Pupillenreaktion prompt. Beiderseits horizontaler Nystagmus. Keine Augenmuskel-, keine Facialislähmung. Mundorgane ohne Besonderheit. Zunge weicht nicht ab. Corneal- und Würgreflex vorhanden. Kein Romberg. Nasenspitzenversuch normal. Kraft der Extremitäten vorhanden. Wunde: Am Sternalgelenk der 6. Rippe links beginnend, schräg nach oben bis an den Unterrand der 5. reichend ist eine 4 *cm* lange, strahlige, freibewegliche Hautnarbe nach Stich in der Jugend. Sprache: Pat. macht eine große Anzahl kurzer Atmungen, dann kommen Kehlkopfstoßlaute. Nasenflügelsymptom positiv. Fu—k—s Wilibald. Inspiratorisch (schwach). Lippenschluß viermal, bis dann bei neuerlicher Inspiration „Böhmen" herauskommt. „f drei, seit f Kindheit."

Diagnose: Inveteriertes Stottern mit inspiratorischem Sprechen und Embolophrasien (Flicklauten).

Therapie: Sprach- und Atemgymnastik.

2. XII. Keine Besserung.

16 XII. Keine Besserung der Sprache.

Mit Befund zum Dienste ohne Waffe geeignet entlassen.

Dieser Pat. hat inspiratorisches Sprechen. Dieses Symptom des Stotterns zeigt so recht, welch unnatürliche Hilfsmittel der Stotterer manchmal anwendet. Sind doch unsere Stimmbänder von oben gesehen horizontal, während ihre untere Fläche abgeschrägt ist. Von hier aus kann daher der Luftstrom angreifen, ohne auf die Stimmbänder einen starken Druck auszuüben, da er eben der schrägen Fläche entlang gleitet. Von oben her jedoch, also inspiratorisch, trifft er, wenn die Glottis nicht weit geöffnet ist, und das ist ja während der Phonation nicht

Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

möglich, auf die horizontale Fläche; er wird nun, wenn er in einiger Stärke die Ränder der Stimmritze passieren soll, mit so starkem Druck wirken müssen, daß er die medialen Randpartien nach innen stülpen wird. Das ist aber sicherlich eine nicht ungefährliche Gewalteinwirkung. Deshalb neigen solche Stotterer auch besonders zu funktionellen Stimmstörungen, welche mit Rötungen und Schwellungen der Stimmbänder und des übrigen Kehlkopfes einhergehen. Wo die Natur häufige inspiratorische Stimmgebung zur Regel gemacht hat, da hat sie auch die Stimmbänder entsprechend gestaltet. So haben gewisse Singvögel, die einen ununterbrochenen in- und exspiratorischen Triller hervorbringen, nach oben ebenso wie nach unten abgeschrägte Stimmlippen.

Nunmehr werden einige Fälle von traumatischem Stottern besprochen.

Fall 12. O. M.

Anamnese vom 3. X. 1915: Früher gute Sprache. Wurde im Mai 1915 durch Granatsprengstück am Schädel verwundet. Er war kurze Zeit bewußtlos und hat dann 4 oder 5 Tage überhaupt nicht sprechen können. Sodann kam die Sprache stotternd wieder.

Befund: Am linken Sternoclaviculargelenk und über der Mitte der Clavicula 2 Narben hellerstückgroß aus früherer Zeit. Kopfwunde nicht mehr nachweisbar. Herztöne rein, Puls rhythmisch, äqual, 68; an beiden Halsseiten starkes Nonnensausen. Lunge ohne Befund. An der Innenseite des rechten Vorderarms Tätowierung. Die Reflexe der linken oberen Extremität stärker als rechts. Kein Chvostek. Patellarreflexe beiderseits sehr lebhaft. Beiderseits Fußklonus. Fußsohlenreflexe nicht auslösbar. Hoden- und Bauchdeckenreflexe lebhaft. Pupillen prompt. Zunge, Mundorgane ohne Besonderheiten. Bezeichnen von Gegenständen: Während der Zeit der Überlegung unausgesetztes Atemschöpfen, als ob Pat. zu sprechen beginnen wollte. Bei sämtlichen Worten gleichzeitig mit den beschriebenen Atembewegungen Bewegungen der Lippen.

Wage: „Mirlak", dabei wiederholter Lippenschluß, bevor das Wort erscheint. Reibeisen: Dassaloje. Nasenflügelsymptom positiv. Beim Wiederholen des Wortes die gleichen Schwierigkeiten, aber etwas schneller. Messer: „Kes", das zweitemal unter deutlichem klonischen Stottern. Flasche: Nach 7″ beginnt Zittern der Lippen. Das zweite Mal tritt das Zittern sofort auf, dauert 10″.

Beim Sprechen von Sätzen tritt zu Beginn und dann immer wieder nach einigen Worten ein gleiches Spiel der Atem- und Artikulationsmuskulatur auf, wie oben beschrieben, worauf dann einige Worte etwas überstürzt zum Vorschein kommen.

Diagnose: Traumatisches Stottern.

Therapie: Atem-, Stimm-, Artikulationsübungen.

18. XI. Atmung wesentlich besser. Beginn der Stimmübungen.

28. XI. Alle Stimmübungen tadellos. Beginn der Artikulationsübungen.

15. XII. Sinnlose Silben ohne Steckenbleiben.

20. XII Lesen bei einiger Aufmerksamkeit sehr gut. Besserung auch der freien Sprache.

20. I. 1916. Mit tadelloser Sprache geheilt entlassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 12 weist beiderseits Fußklonus auf, ein Zeichen zentraler Läsion. Derartige Fälle sind nicht allzu selten. Sárbo hat (W. kl. W. 1917) sie für seine Ansicht, daß den Sprachneurosen — speziell der traumatischen Taubstummheit — organische Veränderungen zugrunde liegen, angeführt und hat dabei auch auf die von mir (Über traumatische Sprachstörungen. W. m. W. 1917) publizierten Fälle hingewiesen. Jedenfalls verdienen derartige klinische Feststellungen weitgehende Beachtung und jeder Neurotiker muß, schon weil vielleicht daraus einmal Klärung in den Neurosenstreit gebracht werden wird, aufs genaueste untersucht werden. Die nächste Krankengeschichte enthält das Vermerk: Rechts deutlicher Babinski. Dieses Symptom wird wohl allgemein ebenfalls als Zeichen einer zentralen Läsion aufgefaßt, weshalb der Fall ebenfalls besonders hervorgehoben sei.

Fall 13. Vormeister **A. A.**, geb. 1894.

Anamnese: Pat. klagt über Kurzsichtigkeit. Seit 26 X. 1914 Soldat (Artillerist), vor Weihnachten 1914 ins Feld gekommen (an die galizische Front), dort wurde er Mitte April verwundet. Steinsplitter trafen ihn am Hinterhaupte und im Nacken, beide Splitter wurden gleich durch Operation entfernt. War dann in einem Rekonvaleszentenheim in Marburg (1 Monat), vom Juli 1915 bis Mai 1916 wieder im Feld (bei Doberdo an der italienischen Front). Wurde anfangs Juli am linken Oberarm verletzt.

Befund vom 5. II. 1917: 1. Verwundung: Rechts am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus ist eine ovale, 5 *cm* lange, mit der Unterlage nicht verwachsene Hautnarbe, unter welcher mehrere Drüsen fühlbar sind. Eine zweite warzige Narbe am Haarwirbel, 1 *cm* groß, eine dritte unmittelbar über dem temporalen Ende der linken Augenbraue. Weiters auf der Streckseite des linken Oberarmes, 3 *cm* über dem Ellbogen beginnend, eine 5 *cm* lange, $1^1/_2$ *cm* breite Hautnarbe, die sich beim Strecken des Armes in die Tiefe zieht. Alle Narben nach Schrapnellverletzung. 2. Ohren: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: Nasenflügelsymptom positiv. Hochgradige Rhinolalia clausa. Stottern mit Mitbewegungen, und zwar Kratzen der rechten Hand am rechten Oberschenkel. Stottern von hauptsächlich klonischem Typus. 6. Geruch: normal. 7. Geschmack: empfindet 2%ige Zitronensäure als salzig, sonst normal. 8. Sehen: gut. 9. Sonstiger Augenbefund: Pupillenreaktion prompt. 10. Augenmuskel: keine Lähmung. 11. Facialis: keine Lähmung. 12. Chvostek: 0. 13. Trigeminus: äußerst druckempfindlich. Cornealreflex vorhanden. 14. Mundorgane: ohne Besonderheiten. Zunge weicht nach rechts ab. Würgreflex vorhanden. 15. Extremitäten: Kraft der oberen Extremität scheint leicht herabgesetzt zu sein, an den unteren Extremitäten wesentlich herabgesetzt. 16. P. S. R.: sehr lebhaft. 17. Sonstige Reflexe: an den oberen Extremitäten sehr lebhaft. 18. Fußklonus: 0. 19. Hoden- und Bauchdeckenreflexe: nicht auslösbar. 20. Fußsohlenreflex: rechts deutlich Babinski. 21 Sensibilität: Am Rücken rechts herabgesetzt. 22. Nasenspitzenversuch: rechts leichte Ataxie. 23. Romberg: 0. 24. Gang: normal. 25. Interner Befund: Herz, Lunge ohne Besonderheiten. 26. Anmerkung: Acne vulgaris auf dem Rücken. 27. Röntgenbefund: 0.

Diagnose: Inveteriertes traumatisches verstärktes Stottern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen
ann. Zehnte Auflage. Vollständig umgearbeitet von Prof. Dr. **Alb.**
psychiatrischen Teils von Prof. Dr. **Julius v. Wagner-Jauregg**-Wien.
gen. K 30.—, geb. K 33.—.

er Zeit vergriffen und das Bedürfnis nach dem Werke ein sehr großes geworden ist, erscheint vorerst von
or Haberda neubearbeiteten 10. Auflage der erste Teil. Der Schluß soll in Kürze folgen. — Das Werk
rden und bei seiner fesselnden und klaren Darstellung dem Studierenden ein vorzüglicher Führer.

ıschließlich der forensischen Nachweise für Mediziner und Chemiker.
· medizinischen Chemie an der Universität in Wien.
ln. 8°. K 21.60, geb. K 24.60.

oratorium oder in seinem Arbeitszimmer arbeitenden Arzt gelten. Verfasser beschreibt mit Recht nur die
führbaren Untersuchungsmethoden; gerade dadurch wird sein Buch aber auch dem Mediziner als praktischer
liche Kenntnisse in der Chemie verfügt. („Zeitschr. f. Medizinal-Beamte.")

pun thoden. Herausgegebenen von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Emil Abderhalden,**
der Universität Halle a. S. Neunter Band. Mit 250 Textfiguren.
K 66.—, geb. K 78.—.

ndbuch bei seinem Erscheinen mit einstimmigem Lobe begrüßt und ist das Werk auch mit der Zeit ein
beiten geworden. Es freut uns, daß es uns gelungen ist, diesen neuen Band noch während der Kriegszeit

eit der Herren Prof. Dr. J. Tandler, Prof. Dr. C. Schwarz, Prof. Dr.
Prof. Dr. W. Knöpfelmacher, Prof. Dr. E. Raimann, Dr. I. Lam-
Doz. Dr. **Anton Bum.**
K 12.—, geb. K 13.80.

Krankenpflege, aus dem die angehende Pflegerin ihre vollständige theoretische Ausbildung für ihren Beruf
(„Schweizer Rundschau f. Medizin.")

nd Krankenschwestern. Eigenschaften und Darstellungsweise der
praktische Vorschriften über die Handhabung dazu gehöriger Geräte
ktion. Von Dr. **Paul Fleissig,** Apotheker am Universitäts-Krankenhaus
Dr. **R. Staehelin**-Basel. Dritte Auflage.
K 7.50, geb. K 9.—.

kchen über Herkunft, Darstellung etc. der Arzneimittel; es gibt eine Einteilung derselben nach der
hen die „praktischen Winke" über allerhand Manipulationen, Desinfektion, Entfernung von Chemikalien-
(„Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte.")

ngszuschlag von 20% für ungebundene und 30% für gebundene Werke noch hinzu.

Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Rückenmarksdiagnostik. Kurzgefaßte Anleitung zur klinischen
und Verletzungen der Nervenzentren. Von Prof. Dr. **Robert Bing**-Basel.
e Auflage.
tabbildungen. 8°. K 12.—, geb. K 15.—.

flage zeigt, wie sehr das Werkchen einem praktischen Bedürfnis des Arztes entspricht. Es ist nach den neuesten
)pheit und Handlichkeit eingebüßt zu haben. Das Buch wird auch in der neuen Fassung nicht verfehlen, sich in
(„Berliner Kl. Wochenschr.")

---

mosexuelle Neurose. (Störungen des Trieb- und Affektlebens, zweiter Teil.)
K 18.—, geb. K 20.40.

wissenschaftlichen Forschers durchdrungene Werk verdient eine weitgehende Beachtung.
(Horch-Mainz in „Archiv für Kriminologie".)

---

skuchen. Mit einem Vorwort von Prof. **Nonne**-München.
K 14.—, geb. K 16.80.

)rwort zu der Arbeit Eskuchens: „Etwas Besonderes bringt E. aber in seinem Buche, das für den Praktiker von größter
Lumbalpunktion. — Ich meine, daß das Eskuchensche Buch in der Handbibliothek des Praktikers nicht fehlen darf."

---

nkungen einschließlich Röntgendiagnostik. In Merksätzen und kasuisti-
ellt von Prof. Dr. **Rudolf Schmidt**, Vorstand der I. deutschen medizinischen
gen und 16 Tafeln. K 14.40, geb. K 16.80.

nhalt, sondern durch die ganze Richtung dem Leser einen so hervorragenden Gewinn, daß es jedem Arzte nur aufs
en Röntgenbilder besitzen einen hohen didaktischen Wert. (H. Strauß-Berlin in „Therapie der Gegenwart".)

Darmkrankheiten. Von Dr. **Emmo Schlesinger**, Spezialarzt für Magen-
420 Textabbildungen und 8 Tafeln. K 18.—, geb. K 21.—.

r zu den besten Lehrbüchern, die wir über die Röntgendiagnostik der Magen- und Darmkrankheiten besitzen.
(„Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte.")

---

die modernen Behandlungsmethoden. Von Priv.-Doz. Dr. **Rudolf Kolisch**-
K 7.50.

)en Diabetestherapie, welche den Wert der sogenannten Kohlehydratkuren betont, der sich bisherige Gegner wie

---

Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Von Priv.-Doz. Dr. **Wilhelm**
K 7.80, geb. K 9.60.

als eines der besten seiner Art bezeichnen möchte. Die Physik und Chemie der Küche werden in allen Einzelheiten
Schlußfolgerungen, die sich daraus ergeben, werden durchweg in engste Fühlung mit den Anforderungen der ärztlichen
(Albu in „Berliner Klin. W.")

)r. **C. A. Ewald**, Geh. Med.-Rat, dirigierender Arzt am Augustahospital zu
bearbeitete Auflage von Ewald und Munk, „Ernährung des gesunden
K 18.—, geb. K 20.40.

ung entsprechende weitgehende Verbreitung zu wünschen, vor allem in den Kreisen der Praktiker.
(„Zentralblatt für innere Medizin.")

)sen Infektion mittels antitoxischer Heilkörper. Von Priv.-Doz.
K 30.— geb. K 34.50.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behandlung und Verlauf: 15. III. Die Sprache ist sehr undeutlich, leise, die Silben kurz, nur bei manchen Lauten kleine Stockungen. Lesen und Nachsprechen ohne auffallendes Steckenbleiben. — Stimmübungen.

19. III. Konsonanten auch bei den Stimmübungen noch sehr undeutlich.

24. III. Lesen fließend, aber noch sehr leise und undeutlich. Stimmübungen von Sekunden, Terzen, Quarten und Quinten.

29. III. Noch keine auffallende Besserung.

3. IV. Leseübungen und Antworten auf Fragen ziemlich gut.

4. IV.—15. IV. Fortsetzung der früheren Übungen.

16. IV. Stimme schon kräftiger, Sprache deutlicher, Lesen ziemlich fließend, die Worte gut verbunden. Alles noch sehr eintönig. Einfache Singübungen gelingen besser als früher.

20. IV. Pat. muß immer wieder ermahnt werden, die Vokale gut klingen zu lassen und die Silben gut miteinander zu verbinden.

7. V.—11. VI. Pat. hatte landwirtschaftlichen Urlaub.

13. VI. Sprache nicht wesentlich verändert.

19. VI. Nach mehrmaliger Ermahnung gelingt es nun dem Pat. doch, bereits auffallend lauter zu sprechen als früher. Auch die Deutlichkeit ist größer als früher.

26. VI. Freies Sprechen und Antworten auf Fragen gut.

30. VI. Lesen gut. Bleibt bei freiem Sprechen noch zuweilen stecken.

Konstatierungsbefund: Inveteriertes traumatisches Stottern durch Spitalsbehandlung gebessert. Zum leichten Dienst mit Waffe.

Fall 14. Inf. D. L., geb. 1893.

Anamnese vom 15. VI. 1916: Pat. war 6 Wochen an der italienischen Front. Seit Oktober 1915 bis 10. XII. 1915. Pat. stottert seit seiner Jugend; seitdem er im Felde war, hat sich sein Sprachfehler bedeutend verschlechtert. Er glaubt, dies rühre von einem Schrecken her; er erzählt, daß er eines Nachts aufwachte, die rechte Hand gelähmt hatte und viel mehr stotterte wie sonst. Die Lähmung ist geheilt, nur hat Pat. Zittern in der Hand. Pat. war einige Monate in Brünn in einem Spitale und wurde außen am Halse elektrisiert. Pat. ist sonst gesund, auch seine Angehörigen.

Befund vom 10. V. 1916: Puls rhythmisch, äqual, 100, Herzdämpfung in normalen Grenzen, Herztöne rein, Pupillen reagieren prompt, Augen ohne Befund, Sensibilität gleich, kein Chvostek, Reflex an der oberen rechten Extremität stärker als links. P. S. R. beiderseits lebhaft, Hoden- und Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar. Fußsohlenreflex prompt. Keine Augenmuskellähmung, kein spontaner Nystagmus. — Mundorgane ohne Besonderheiten, Zunge weicht nicht ab. Würgreflex, Cornealreflexe vorhanden, kein Romberg. Stottern von rein klonischem Typus, z. B. b b b b Buchd d d drucker, mit lebhaftem Nicken des Kopfes, nur manchmal Augenverdrehungen.

Diagnose: Klonisches Stottern nach Granatverschüttung.

Therapie: Atem-, Stimm-, Artikulationsübungen. Brom. Kaltwasserkur

12. VI. Geringe Besserung der Sprache.

23. VI. Status idem.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. VII. Pat. leidet an starken Kopfschmerzen.

11. VII. Sprache des Pat. gleich, bedeutende Besserung der Atmung.

20. VII. Die Sprechübungen bedeutend gebessert.

4. VIII. Status idem.

15. VIII Die Sprache bedeutend gebessert

1. IX. Sowohl Sprache als auch Atmung des Pat. bedeutend gebessert.

12. IX. Zustand unverändert.

28. IX Pat. spricht bedeutend besser.

15. X. Status idem.

30. X. Pat. spricht viel ruhiger.

25. XI. Wesentliche Besserung der Sprache. Pat. wird mit Konstatierungsbefund entlassen

Fall 15. Ldstm. Sch. J., geb. 1898.

Anamnese: Familienanamnese belanglos. Pat. hat nie Kinderkrankheiten gehabt, war auch später gesund. Am 11. V. 1916 eingerückt. Am 2. X. kam er an die russische Front. Im Mai 1917 kam er an die Isonzofront, am 25. V. wurde er durch eine Granatexplosion fortgeschleudert und verschüttet, erlitt durch einen Granatsplitter eine Verletzung am linken Unterarm und eine Gehirnerschütterung, war 2 Stunden bewußtlos, konnte mehrere Tage gar nicht sprechen. Dann besserte sich die Sprache. Die Sprachstörung wurde bisher noch nicht behandelt.

Befund vom 23. I. 1918: 1. Verletzung: An der Dorsalseite des l. Unterarms 4 Querfinger lange, 1 Querfinger breite Hautnarbe, die in der Längsrichtung des Armes verläuft und 3 Querfinger oberhalb des Handgelenkes ihr unteres Ende hat (Ausschußnarbe). An der Volarseite 4 Querfinger über dem Handgelenk eine kirschgroße kreisrunde Hautnarbe (Einschuß). 2. Ohren: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: Tonisches Stottern mit klonischen Bewegungen vor dem Sprechen; regelmäßig zuerst Hinaufziehen der Oberlippe, Zucken der Mundwinkel, dann leise Lautwiederholungen, zuweilen Schnalzlaute oder Hilfsvokale (o), worauf das Wort ohne Lautwiederholung gesprochen wird. Zuweilen inspiratorisches Sprechen. Nasenflügelsymptom +. 6. Geruch: normal. 7. Geschmack: normal. 8. Sehen: normal. 9. Sonstiger Augenbefund: normal. 10. Facialis: normal. 11. Chvostek: 0. 12. Trigeminus: normal. 13. Mundorgane: normal. 14. Extremitäten: normaler Händedruck, Biceps und Triceps sowie die Muskeln der unteren Extremitäten ziemlich schwach. 15. P. S. R.: normal. 16. Sonstige Reflexe: normal. 17. Fußklonus: 0. 18. Hoden- und Bauchdeckenreflex: normal. 19. Fußsohlenreflex: 0. 20. Sensibilität: normal. 21. Nasenspitzenversuch: normal. 22. Romberg: 0. 23. Interner Befund: normal.

Diagnose: Traumatisches Stottern.

Behandlung und Verlauf: Übungsbehandlung.

10. II. Sprechweise I gelingt meist gut.

20. II. Sprechweise II gelingt nach tiefem Einatmen und Anhalten des Atems mit Sicherheit, sonst noch häufig Steckenbleiben am Beginn der Sätze oder auch in der Mitte.

2. III. Status idem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

13. III Leseübungen in Sprechweise I und II größtenteils gut.

26. III. Bei ruhigem Einatmen wird fast immer gut gesprochen, sonst noch oft Stottern. Mit Konstatierungsbefund (zum Dienst ohne Waffe geeignet) entlassen

Fall 16. Oblt. C. D., geb. 1889.

Anamnese vom 29. IX. 1916: Pat. war 7 Monate im Feld, durch eine Granate am 6. IX. verschüttet, war 3 Stunden bewußtlos und beim Aufwachen stotterte er. In der Familie kein Sprachfehler. Pat. hat früher gut gesprochen.

Befund vom 28. IX. 1916: Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Kein Chvostek. Sensibilität gleich. Keine Steigerung der Sehnenreflexe oben. P. S. R. lebhaft. Bauchdecken- und Hodenreflexe vorhanden. Fußsohlenreflex normal, dabei starke Abwehrbewegungen. Pupillenreaktion prompt. Kein Nystagmus, keine Augenmuskellähmung. Mundorgane ohne Besonderheiten. Zunge weicht nach links ab. Corneal- und Würgreflex vorhanden. Kein Bárányscher Versuch. Vorbeizeigen nach innen. Nasenspitzenversuch: normal. Kraft der Extremitäten nicht wesentlich herabgesetzt. Sprache: Regelmäßiger Klonus ziemlich langsamer Art, fast bei jedem Wort.

Diagnose: Traumatisches Stottern.

Therapie: Atem-, Stimm-, Artikulationsübungen.

18. X. Besserung der Atmung und Sprache.

2. XI. Weitere Besserung der Sprache; bei einiger Aufmerksamkeit spricht er ohne Klonus. Felddiensttauglich entlassen.

Fall 17. Lt. R. F, geb. 1894.

Anamnese: Im August 1914 eingerückt, war bis 11. VI. 1916 im Felde. Er wurde an diesem Tag von einer Granate verschüttet, war einige Stunden bewußtlos, konnte 5 Tage überhaupt nicht sprechen. Dann bekam er die Sprache stotternd wieder. Pat. leidet an Schlaflosigkeit und Kreuzschmerzen. Pat. wurde im Jahr 1914 von einem Granatsplitter an der rechten Gesichtshälfte verwundet und im Feldspital behandelt. Familienanamnese belanglos.

Befund vom 19. XI. 1916: Puls rhythmisch, äqual, 90. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Kein Chvostek. Sensibilität gleich. Beim Beklopfen der oberen Sehnen willkürliches Zucken. P. S. R. lebhaft. Bauchdecken- und Hodenreflexe vorhanden. Fußsohlenreflex normal. Kein Fußklonus. Pupillenreaktion prompt. Kein Nystagmus Keine Augenmuskellähmung. Leichtes Vorstehen der Augäpfel seit Jugend. Keine Facialislähmung. Mundorgane ohne Besonderheit. Zunge weicht nicht ab. Cornealreflex vorhanden. Würgreflex sehr lebhaft. Kein Romberg. Nasenspitzenversuch normal. Wunde: Rechts vom Kieferwinkel nach aufwärts ist eine 5 *cm* lange strahlige Narbe nach Drüseneiterung in der Jugend. 1 *cm* über der rechten Augenbraue ist eine 1 *cm* lange, freibewegliche Hautnarbe nach Granatverletzung. Sprache: Stottern von hauptsächlich klonischem Typus. Nasenflügelsymptom negativ. Pressen im Kehlkopf.

Diagnose: Traumatisches Stottern.

Therapie: Atem- und Sprechübungen.

25. XI. 1. Atemübung. — 27. XI. 2. und 3. Atemübung. — 29. IX. 4. Atemübung. 1. Aus At.-Übung. Normale Fortschritte. — 30. XI. 5. Atemübung. Stoppübung. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6 XII. Artikulationsübungen: b, p, f, w. — 7. XII. Artikulationsübungen: b, p, f, w. — 9. XII. d, t. — 13. XII. g, k, l. — 14. XII. r. — 15. XII. s, sch, ch. — 16. XII. Doppelkonsonanten am Anfange. — 18. XII. Doppelkonsanten mit Fortschritten. Pat. spricht erleichtert, stottert noch klonisch. — 19. XII. Pädagogische Suggestion. Satzsprechen. — 20. XII. Satzsprechen, Pat. hat noch immer Schwierigkeiten beim weichen Einsatz. Fibel, Wörterlesen. — 27. XII. Lesen, Wörter (Fibel). — 28. XII. Lesen, Wörter (Fibel). — 29. XII. Lesen, Wörter (Fibel). — 2. I. Dehnen der Vokale wird neuerlich erklärt und betont. — 4. I. Lesen, Fibel. R, S. — 5.—7. I. Urlaub. — 8. I. S, Sch—Z. — 9. I. W—Z. — 10. I. Lesen, Fibel. — 11. I. Lesen, Fibel. — 12. I. Lesen, Fibel. — 13. I. Beim Zahnarzt. — 14. I. Lesen, Fibel. — 15. I. Lesen, Fibel. — 18. I. Lesen, Fibel. — 19. I. Lesen, Fibel. — 20. I. Lesen, Fibel. — 22. I. Lesen, Fibel. — 24. I. Wiederholungen, Atemübungen. — 26. I. Lesen — 3. II. Wesentliche Besserung vorhanden. Entlassen. (2 Monate Hilfsdienste, dann tauglich.)

Fall 17, ein Offizier, bot Gelegenheit zu „pädagogischer Suggestion". Diese, bei uns nicht selten angewendet, besteht in einer dem Bildungsgrad des Kranken entsprechenden Belehrung über die Pflicht, gesund zu sein. Wir weisen darauf hin, daß unsere gesamte Kultur durch Menschenarbeit entstanden ist, daß die Erforschung der Natur im weitesten Sinne, das Schaffen von neuen Werten sich als eine seit Beginn der Menschheit ununterbrochene Entwicklung erweist und daß darin die Berufung des Menschengeschlechtes zu liegen scheint. Jedes Glied ist nun in diesem unendlichen Werke von einem Werte, der in seiner Größe und Bedeutung gar nicht vorausbestimmt werden kann. Deshalb muß jeder seinen Platz so gut ausfüllen, als es nur irgend möglich ist. Der nicht organisch Kranke, so sagen wir, muß sein Übel überwinden, um voll und ganz seinen Mann zu stellen Darin allein könne wahre Befriedigung liegen, nur die Erfüllung der sozialen Forderungen, die peinlichste Beachtung des sozialen Gewissens könne wahres Glück bringen, da dann das Leben mit der Berufung übereinstimme. Nicht selten fällt solche Belehrung auf fruchtbaren Boden.[3])

Fall 18. Gefr. P. J., geb. 1873.

Anamnese: Die Mutter ist trotz vieler Kränklichkeit 76 Jahre alt geworden; sie war lungenkrank. Der Vater war stets gesund. Eine Schwester kränklich (lungenleidend). Pat. hat 3 Geschwister. 2 Brüder sind gesund. Pat. war immer gesund, auch sprachgesund. Pat. war 4 Monate in Wolhynien, 5 Monate an der Isonzofront. Durch Granatexplosion wurde er verschüttet, war 3 Stunden bewußtlos, konnte nach dem Erwachen einen Tag lang nicht sprechen und dann nur sehr schlecht. Kam ins Spital nach L. Die Sprache hat sich sehr wenig gebessert, wenn Pat. spricht, schmerzt ihn die Brust.

Befund vom 18. VI. 1916: Muskulöser Mann. Puls rhythmisch, äqual, 96. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein. Es kommt beim Atmen

[3]) Siehe auch K. C. Rothe, Die stoische Philosophie als Mittel psychischer Beeinflussung von Stotterern. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trotz intensiver Brustbewegungen zu keiner ausgiebigen Lüftung der Lunge, sonst Lunge ohne Befund. Sensibilität gleich auf beiden Seiten. Kein Chvostek. Lebhafte Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten, ebenso P. S. R., Bauchdecken- und Hodenreflex vorhanden. Fußsohlenreflex nur rechts auslösbar, daselbst normal. Kein Fußklonus, bei Prüfung derselben starker Widerstand. Die Kraft der Extremitäten ist wesentlich herabgesetzt. Zittern des linken Unterarmes und der Hand beim Aufliegen auf der Decke, Zittern beider oberer Extremitäten beim Fingerspreitzen, und zwar links stärker als rechts. Schädel nicht klopfempfindlich. Pupillen reagieren normal. Keine Augenmuskellähmung. Geringer spontaner rotatorischer Nystagmus beim Blick nach beiden Seiten. Mundorgane ohne Besonderheiten, Zunge weicht nicht ab. Würg- und Cornealreflex vorhanden. Beim Kopfheben Zittern der Halsmuskulatur. Beim Finger-Nasenspitzenversuch starker ununterbrochener Tremor, desgleichen starker Tremor der Beine beim Fersen-Knieversuch. Bárányscher Versuch rechts: Hinunter hinauf. Starkes Vorbeizeigen nach außen; links: Starke Unsicherheit bei allen Reaktionen. Kein Romberg. Sprache von ausgesprochenem klonischen Typus mit seltenem Neigen des Kopfes und positivem Nasenflügelsymptom.

Diagnose: Traumatisches Stottern.

Therapie: Kaltwasserkur, 2 *g* Brom täglich, Atemgymnastik, Sprechübungen.

2. VII. Besserung der Atmung.

8. VII. 4 Wochen Rekonvaleszentenheim Purkersdorf.

4. IX. Sprache etwas gebessert.

20. X. Pat. zittert bedeutend weniger.

5. XI. Wesentliche Besserung der Sprache.

21. XI Status idem.

10. XII. Sprache fast tadellos.

21. I. 1917. Entlassung mit militärärztlichem Zeugnis zum Kader (leichter Dienst mit Waffe).

Fall 19. Korporal W. J., geb. 1892.

Anamnese: Pat. wurde anfangs Oktober 1916 durch Granate verschüttet. Klagt über Ohrensausen im linken Ohre, Schmerzen im Hinterhaupt, Schwindelanfälle beim Erheben aus sitzender Stellung. War eine Woche bewußtlos und sprach darnach sehr schwer. Erinnerungsvermögen hat gelitten, die Worte fallen ihm nicht ein, er macht tastende Bewegungen nach dem Kopfe; wenn er den richtigen Ausdruck gefunden hat, so kann er ihn nicht aussprechen. Stottert mit Wiederholen von Silben „fünf—fünf—fünfundzwanz—zwanzig"; knirschendes Geräusch mit den Zähnen. Ist sehr niedergedrückt.

Zivilberuf: Notariatsbeamter.

Befunde vom 20. XII. 1916: 1. Sprache: Nicken mit dem Kopfe nach links, Bewegungen des Körpers nach beiden Seiten, tastende Bewegungen der Sprachwerkzeuge an der richtigen Artikulationszone. 2. Ohren: Trommelfelle normal. v beiderseits + 6 *m*. Beim Blick nach rechts starker horizontaler, beim Blick nach links deutlicher grobschlägiger horizontaler und rotatorischer Nystagmus. 3. Geruch:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Links etwas herabgesetzt, sonst normal. 4. Geschmack: normal. 5. Sehen: normal. 6. Sonstiger Augenbefund: Pupillenreflex normal, Augenbewegungen frei, Cornealreflex links wesentlich herabgesetzt. 9. Trigeminus: normal. 10. Zunge und Rachen: normal. 11. Kraft der Extremitäten: herabgesetzt in allen 4 Extremitäten. 12. P. S. R. links wesentlich stärker als rechts. 13. Sonstige Reflexe: Sehnenreflex links gesteigert. 14. Chvostek: 0. 15. Fußklonus: 0. 16. Hoden- und Bauchdeckenreflexe: normal. 17. Fußsohlenreflex (Babinski): normal. 18. Sensibilität: normal. 19. Nasenspitzenversuch: normal. 20. Romberg: kein Schwanken. 21. Interner Befund: normal 22. Wunde: 0. 23. Röntgenbefund: Impression des hinteren Anteiles des linken Scheitelbeines.

Diagnose: Traumatisches Stottern von klonischem Typus nach Granatverschüttung. Traumatische Neurose.

Behandlung und Verlauf: Brom, Atem- und Stimmgymnastik, Sprechübungen.

22. I. 1917. Atemübungen gut.

25. I. Wird bei den Atmungsübungen schwindlig, gibt sich sehr viel Mühe.

27. I. Leichte Besserung der Atmung und Sprache

28. I. Status idem.

1. II. Leichte Besserung der Atmung und Sprache. Nimmt sich außerordentlich zusammen.

18. II. Der Pat. ist meist ganz unfähig, etwas zu sagen. Zuweilen gelingt es ihm, einzelne Worte ganz kurz hervorzustoßen, wobei er jedesmal eine energische Bewegung mit dem rechten Arme macht, wodurch ihm allein das Aussprechen einzelner Silben und ganzer Worte gelingt. Zuweilen bringt er auf diese Weise ganze Sätze heraus.

18. II. Beginn mit den Stimmübungen von m bis mu, mo, ma, me, mi; diese gelingen ganz gut. Dagegen ist das Nachsprechen und Lesen fast unmöglich. Freies Sprechen gelingt oft minutenlang nicht; dann wieder mühsam in der oben geschilderten Manier.

19. II. Nachsprechen mit gedehnten Vokalen und Ablenkung der Aufmerksamkeit von den Konsonanten gelingt zuweilen.

20.—26. II. Die Nachsprechübungen und Leseübungen gelingen allmählich mit immer größerer Sicherheit. Häufig melancholische Anwandlungen.

27. II. Der Pat. spricht wieder schlechter und mit großer Anstrengung. Er sagt, daß er eine schlechte Nachricht bekommen habe. Antworten zuweilen unmöglich.

28. II. Antworten und Erzählen sehr erschwert.

29. II. Der Pat. bekommt ein Brompräparat. Der Pat. hat sich wieder das kurze Herausstoßen der Silben beim Erzählen angewöhnt.

28. II.—25. III. Vorträge über die Regeln, die beim Sprechen zu befolgen sind. Der Pat. folgt mit großem Eifer und mit Verständnis den Vorträgen, die mitgeschrieben werden. Es zeigt sich bereits am 4. III. bei Beantwortung von Fragen keine Spur von Steckenbleiben, da der Pat. die Vokale sehr lange klingen läßt.

12. III. Der Pat. erzählt ausführlich seine Kriegserlebnisse, spricht sehr gedehnt, aber ohne zu stottern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

16. III. Fortsetzung der früheren Übungen; es gelingt etwas natürlicher Tonfall und Rhythmus der Sprache.

17. III.—25. III. Der Pat. hat sich völlig an die Anwendung der gedehnten, monotonen Sprechweise in den Übungsstunden gewöhnt. Er klagt aber darüber, daß er sonst oft nichts herausbringe.

27. III. Versuche, natürlich zu sprechen, gelingen recht gut, sowohl beim Lesen als beim freien Sprechen.

28. III. Der Pat. erzählt wieder mit kurz hervorgestoßenen, abgerissenen Silben, aber ohne Stottern, verbessert aber seine Sprache gleich wieder.

4. IV. Beim freien Sprechen zuweilen noch zu viel Trennung zusammengehöriger Worte. Nachsprechen eines Gedichtes (Das Schwert von Uhland) mit kurzer Dauer der Nebensilben. Erzählt ausführlich und ohne Stottern, wenn auch mit manchen kleinen Stockungen, eine ihn betreffende Angelegenheit.

12. IV. Pat. erzählt eine längere Geschichte aus seinem Soldatenleben.

17. IV. Keine auffallende Veränderung. Erzählen und Antworten auf Fragen ohne Stockung.

20. IV. Vorlesen mit gedehnten Vokalen gut. Beim freien Sprechen verfällt der Pat. manchmal in kurz abgebrochene Aussprache der Silben. Er gibt an, daß er an Kopfschmerzen in der Gegend der Schädelverletzung leidet, und zwar ist es ein Druckgefühl, das zuweilen zu Schwindelgefühl führt. Zuweilen Zwang zu einer sinnlosen Tätigkeit (Einsteigen in einen Straßenbahnwagen) oder zu einer bestimmten Denktätigkeit (Zählen bis zu einigen Tausend).

19. V. Pat. ist vom Erholungsurlaub zurückgekehrt. Kein eigentlicher Rückfall. Sprache nur insofern etwas verschlechtert, als der Pat. wieder stoßweise mit kurzen Pausen zwischen den Worten spricht. Stimmübungen mit verschiedenen Konsonanten und Üben von Sätzen in Sprachweise I, besonders der 3. Grundregel dieser Sprachweise (Konsonanten kurz, Vokale lang, Silben gut verbunden).

21. VI. Sprache schon bedeutend gebessert, gelingt auch in schnellerem Zeitmaß als früher.

22. VI. Der Pat. leidet noch immer an starken Kopfschmerzen und Schwindel. Er bleibt heute zu Bett, da der Zustand ärger ist als sonst.

30. VI. Lesen in Sprechweise I gut. Auch in natürlicher Sprachweise gelingt es, aber mit etwas Anstrengung.

Konstatierungsbefund: Traumatisches Stottern durch Spitalsbehandlung gebessert. Sprache durchaus verständlich. (Zum Dienst ohne Waffe.)

Der Fall verdient Bedeutung, weil er mit ausgesprochener Gedächtnisstörung, die vielleicht als anamnestische Aphasie zu deuten ist, einherging.

Auf die Frage des Zusammenhanges zwischen Aphasie und Stottern bin ich in verschiedenen Veröffentlichungen eingegangen, am ausführlichsten in meiner Monographie „Kindersprache und Aphasie“ bei S. Karger, Berlin 1918, auf welche hier verwiesen sei

Die nächste Krankengeschichte bringe ich deshalb hier zum Abdrucke, weil der Pat. infolge langen Bestehens des traumatischen Stotterns schon Symptome aufwies, welche dem inveterierten Übel eigen sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 20. Inf. T. T., geb. 1889.

Anamnese vom 11. V. 1916: Pat. war 1 Monat im Sommer 1915 am russischen Kriegsschauplatz. Er wurde durch eine Gewehrkugel an der linken Hand verwundet und auch von einer Granate verschüttet. Pat. war 2 Stunden bewußtlos. Als er zu sich kam, stotterte er sehr stark. Die Finger seiner linken Hand sind steif und er wurde bis März 1916 in einem Spital in Mähren deshalb behandelt. Sonst ist er vollkommen gesund. Familienanamnese: ohne Besonderheiten.

Befund vom 11. V. 1916: Narbe nach Bajonettstich $1^1/_2$ Finger über der Nasenwurzel. In der linken Handfläche Einschuß an den Grundgelenken des linken Gold- und kleinen Fingers. Narben vom Ausschuß auf dem Handrücken. Die Gegend ist druckempfindlich. Finger in Kontrakturstellung, sind jedoch passiv ziemlich gut streckbar. Puls rhythmisch, äqual, 62. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Sensibilität scheinbar gleich. Kein Chvostek. Linker Bicepsreflex vielleicht etwas stärker als rechts. Hoden- und Bauchreflex vorhanden. P. S. R. prompt. Fußsohlenreflex normal. Pupillen reagieren. Blutaustritt in der linken Sclera. Keine Facialislähmung. Keine Augenmuskellähmung. Mundorgane ohne Besonderheiten. Zunge weicht leicht nach rechts ab. Würgreflex vorhanden. Cornealreflex auch vorhanden. Kein Romberg. Nasenflügelsymptom stark positiv. Pat. streckt vor dem Worte und manchmal mitten drin die Zunge weit aus dem Munde, wobei sie zittert. Sagt z. B. Stttt piegel = Spiegel, dabei Verlegenheitsbewegungen mit den Händen.

Diagnose: Inveteriertes traumatisches Stottern.[4])

Therapie: Atem-, Stimm-, Artikulationsübungen.

12. VI. Atmung gebessert.

23. VI. Sprachübungen noch ohne wesentlichen Erfolg.

2. und 11. VII. Status idem.

20. VII. Sprechübungen gehen schon wesentlich besser.

4. VIII. Status idem.

15. VIII. Sprache etwas gebessert, Pat. leidet an einem Augenkatarrh.

7. IX. Ganz geringe Besserung der Sprache, zu leichten Diensten entlassen

Die nächsten beiden Fälle sind Beispiele von kombinierter elektrischer und Übungsbehandlung.

Fall 21. Schütze Sch. W., geb. 1893.

Anamnese: War im Jahre 1917 8 Monate im Felde gewesen und erlitt durch eine Granatverschüttung einen bedeutenden Sprachfehler. Befund: 1. Verwundung 0. 2. Ohren: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: Blick nach rechts, Mitbewegungen der Arme, Zucken im Platysma und mit den Schultern. Stottern von klonisch-tonischem Typus; auch inspiratorisches Sprechen. 6. Geruch: normal. 7. Geschmack: normal. 8. Sehen: normal. 9. Sonstiger Augenbefund: Pupillen reagieren, Bewegungen frei. 10. Facialis: keine Lähmung.

---

[4]) Infolge der langen Dauer der traumatischen Sprachstörung sind bereits die Symptome eines inveterierten Stotterns (Embolophrasien) vorhanden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11. Chvostek: 0. 12. Mundorgane: ohne Besonderheiten. 13. Extremitäten: Kraft erhalten. 14. P. S. R.: vorhanden 15. Sonstige Reflexe: gleich. 16. Fußsohlenreflex: normal. 17. Hoden- und Bauchreflexe: lebhaft. 18. Fußklonus: 0. 19. Sensibilität: gleich. 20. Nasenspitzenversuch: normal. 21. Romberg: 0. 22. Gang: sicher. 23. Interner Befund: normal. 24. Anmerkung: 0. 25. Röntgenbefund: 0.

Diagnose: Traumatisches Stottern.

Behandlung und Verlauf: Atem- und Sprechgymnastik.

15. X. 1917. Merkliche Besserung der Atmung und Sprache.

30. X. Besserung hält an.

15. XI. Status idem.

30. XI. Status idem. Pat. zeigt keinen Willen zu weiterer Besserung.

14. XII. Durch Pinselfaradisation Besserung der Sprache, aber noch immer leichtes inspiratorisches Stottern

3. I. 1918. Stimmübungen gelingen während und unmittelbar nach der Faradisation besser als sonst.

17. I. Besserung der Sprache.

25. I. Auf die II. Abteilung des Garnisonsspitals Nr. 2 transferiert.

30. I. Rückgekehrt. Sprache gleich.

13. III. Mit militärärztlichem Zeugnis zum Dienst ohne Waffe geeignet zum Kader abgegangen.

Fall 22. Jäger B. St., geb. 1892.

Anamnese: Pat. hat schon als Kind gestottert. In der Schule keine Verschlimmerung. Dienst seit 21. VI. 1915. Am 12. V. 1917 wurde er durch den Luftdruck einer Granate fortgeschleudert. Erlitt nur leichte Verletzungen im Gesicht, an den Händen und am Hals, hier durch einen Steinschlag. Er war 14 Tage bewußtlos, konnte etwa 4 Wochen darauf gar nicht sprechen. Er wurde elektrisiert (in einem Feldspitale, später auf einer Nervenabteilung). Sonst keine Behandlung. Ein Bruder ist leichter Stotterer, 4 Geschwister sprechen gut.

Befund vom 7. XI. 1917: 1. Unter der linken Patella eine haselnußgroße Hautnarbe (von einer Verletzung, die Pat. als Kind erlitten hat). Am Halse eine etwa erbsengroße Hautnarbe, etwa 1 *cm* rechts von der Mittellinie; darunter ein etwa haselnußgroßer verschieblicher Knoten (durch einen Steinschlag). 2. Ohren: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: Stottern von klonisch-tonischem Typus. Vor dem Sprechen oft anhaltendes Pressen. Dann Laut- oder Silbenwiederholungen. Zuweilen Mitbewegungen von gestikulatorischem Charakter mit der linken oberen Extremität. Nasenflügelsymptom zuweilen zu bemerken. 6. Geruch: normal. 7. Geschmack: normal. 8. Sehen: normal. 9. Sonstiger Augenbefund: normal. 10. Facialis: Beim Stirnrunzeln bleibt die linke Stirnhälfte glatter. 11. Chvostek: Rechts deutlicher als links (Hinaufziehen des Mundwinkels). 12. Trigeminus: Normale Cornealreflexe. Keine abnorme Empfindlichkeit. 13. Mundorgane: normal. 14. Extremitäten: Kraft normal. 15. P. S. R.: ziemlich lebhaft. 16. Sonstige Reflexe: normal. 17. Fußklonus: 0. 18. Hoden- und Bauchdeckenreflexe: lebhaft 19. Fußsohlenreflexe: 0. 20. Sensibilität: normal. 21. Nasen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spitzenversuch: normal. 22. Romberg: 0; Gang normal. 23. Interner Befund: normal. 24. Anmerkung: 0. 25. Röntgenbefund: normal.

Diagnose: Traumatisches Stottern; scheinbar aggraviert.

Behandlung und Verlauf: Faradisation und Übungsbehandlung.

6. XI. Stimmübungen gelingen gut, besonders während und nach der Faradisation.

20. XI. Lesen und Nachsprechen in Sprechweise I gut.

4. XII. Keine wesentlichen Fortschritte, beim freien Sprechen große Unruhe.

22. XII. Status idem.

13. III. 1918. Mit militärärztlichem Zeugnis zum Dienst ohne Waffe geeignet zu seinem Kader abgegangen.

Fall 23. Fahrkanonier K. A., geb. 1885.

Anamnese: Ist im Jahre 1915 im April ins Feld gegangen und war daselbst 2 Monate. Durch eine Granatverschüttung an der italienischen Front erlitt er den Sprachfehler.

Befund vom 25. X. 1917: Neurologischer interner Befund normal. Stark imbeziller Typus. Hat keine Schulbildung, ist nicht imstande, eine einfache Erzählung nachzuerzählen, da er sie sich nicht merkt. Sprache von tonisch-klonischem Typus.

Diagnose: Traumatisches Stottern.

Therapie: Atem- und Sprachgymnastik. Ohne jeden Erfolg.

16. I. 1918. Stottern, zu leichtem Dienst ohne Waffe geeignet. Zu seinem Kader abgegangen.

Dieses Beispiel zeigt, wie geringe Intelligenz alle Bemühungen, die Sprache zu bessern, unfruchtbar machen kann.

Die beiden nächsten Pat. sind Fälle von rezidivierendem Stottern: Der eine von beiden mußte frühzeitig entlassen werden, beim zweiten gelang es nur mehr, eine Besserung des Sprachleidens zu erzielen.

Fall 24. Inf. T. J., geb. 1880.

Anamnese: Im Felde vom 15. X. 1915 bis 20. VI. 1916 auf dem südwestlichen Kriegsschauplatz. Bei der Junioffensive erlitt Pat. einen Gewehrsteckschuß. Eine Viertelstunde soll Pat. ohnmächtig gewesen sein, wie die Leute am Verbandplatze sagten; danach war er unwohl im Kopfe und Magen. Daraufhin hat Pat bemerkt, daß er schlecht spreche. Das Reden ging nicht mehr so glatt wie früher, in der Aufregung entfielen ihm die Worte. Pat. hatte von Kindheit an einen Sprachfehler, war vor 10 Jahren in Brunn bei einem Volksschullehrer in einem Sprachkurs, der drei Wochen gedauert hat; nach dieser Zeit war der Sprachfehler behoben, er zeigte sich auch nicht bei Aufregungen etc. Als Kind, sagt Pat., hätte er bei weitem schlechter gesprochen als jetzt. Pat., der sich sehr scharf beobachtet und, wie er erwähnt, am Tage seiner Verwundung noch versucht hat, zu sprechen und zu atmen, wie es in der Sprachschule gelehrt wurde, findet, daß sich sein Zustand seit den ersten 5 Stunden nach der Verwundung weder gebessert noch verschlechtert hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund vom 28. IX. 1918: Puls 76. Herzdämpfung in normalen Grenzen, Herztöne rein. Lunge ohne Befund. Kein Chvostek. Sehnenreflex: keine Steigerung. P. S. R. vorhanden. Sensibilität: Beine gleich, am Schädel links, ebenso Gesicht, Brust, Arme links herabgesetzt. Bauchdecken- und Hodenreflex normal. Fußsohlenreflex normal. Beiderseits geringer rotatorischer Nystagmus. Keine Augenmuskellähmung. Pupillenreaktion prompt. Facialis: keine Lähmung. Mundorgane ohne Besonderheit. Gebißdefekt. Zunge weicht nicht ab. Cornealreflex vorhanden. Würgreflex lebhaft. Kein Romberg. Kraft der Extremitäten erhalten. Nasenspitzenversuch normal. Links an der Stirn, unmittelbar an der Grenze der Schläfenschuppe, zirka 1 *cm* lange bewegliche Narben nach Operation, schmerzhaft. Nervenschmerzen auf der ganzen Seite. Ohr: Beiderseits Cerumen bei normalem Gehör. Sprache: Sigmatismus lateralis sin. Beim Sprechen Verziehen des Kiefers nach rechts. Vorspringen der rechten Platysmamuskulatur. Sprache ziemlich hastig, manchmal Klonus, manchmal geringes Festsitzen. Nasenflügelsymptom positiv. Ab und zu Augenschließen.

Diagnose: Kopfschuß, traumatisches rezidivierendes Stottern. Sigmatismus lateralis sinister.

Therapie (Arbeitstherapie): Atem- und Sprechgymnastik.

12. X Geringe Besserung der Atmung.

26. X. Geringe Besserung der Sprache.

Pat. mußte aus äußeren Gründen entlassen werden.

Fall 25. Kanonier St. J., geb. 1894.

Anamnese vom 14. III. 1917: Pat. hatte mit 2 Jahren Gehirnhautentzündung. Nach einem Hundebiß, welcher beiläufig nach 2 Jahren erfolgte, begann Pat. zu stottern; der Sprachfehler verging allmählich. Im Oktober 1915 wurde Pat am russischen Kriegsschauplatz durch Granatexplosion verschüttet, worauf das Stottern wieder kam. Pat. wurde im Jänner bis April 1916 auf der Abteilung für Sprachstörungen (Fröschels) behandelt und bedeutend gebessert am 16. VIII 1916 entlassen. Am 1. I. 1917 wieder ins Feld, wegen Rheumatismus und der wieder aufgetretenen Sprachstörung kam Pat. wieder in das Spital. Familienanamnese: Vater lungenleidend, Mutter Rheumatismus.

Befund vom 16. III. 1917: 1. Keine sichtbare Verwundung. 2. Ohren: normal. 3. Nase: normal. 4. Kehlkopf: normal. 5. Sprache: Stottern von tonisch-klonischem Typus. 6. Geruch: Hielt Vanille für Zitronensäure; links etwas herabgesetzt, sonst normal. 7. Geschmack: normal. 8. Sehen: normal. 9. Sonstiger Augenbefund: Pupillenreaktion prompt. 10. Augenmuskel: Möbiussches Symptom. 11. Facialis: keine Lähmung. 12. Chvostek: 0. 13. Trigeminus: Druckpunkte nicht empfindlich. Cornealreflex vorhanden. 14. Mundorgane: Zunge weicht nicht ab. Würgreflex vorhanden. 15. Extremitäten: Kraft erhalten. 16. P. S. R.: lebhaft. 17. Sonstige Reflexe: an der oberen Extremität lebhaft. 18. Fußklonus: 0. 19. Hoden- und Bauchdeckenreflexe: auslösbar. 20. Fußsohlenreflex (Babinski): normal. 21. Sensibilität: am Rücken links stärker 22. Nasenspitzenversuch: normal. 23. Romberg: 0. 24. Gang: sicher. 25. Interner Befund: Herz, Lunge normal. 26. Anmerkung: Deutliche Anschwellung der Schilddrüse, leichte Vortreibung der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bulbi. Asymmetrie des Schädels und Gesichtes, links Scheitel tiefer und ausladender als rechts. 27. Röntgenbefund: normal.

Diagnose: Rezidivierendes traumatisches Stottern.

Behandlung und Verlauf: Atemgymnastik, Stimm- und Artikulationsübungen.

16. III. 1917. Atmung gut, spricht k und g wie ch. — 28. III. Atmung und Sprache gebessert. — 12. IV. Weitere Fortschritte in Sprache und Atmung. — 12. V. Weitere Fortschritte in Atmung und Sprache. — 18. V. Atmung und Sprache ziemlich gut. — 11. VI. Kleine Fortschritte. — 23. VI. Pat. gibt sich Mühe, liest und spricht gut. — 1. VII. Pat. war auf Urlaub. — 14. VII. Weitere Fortschritte. — 1. VIII. Status idem. — 20. VIII. Fortschritte. — 6. IX. Status idem. — 12. IX. Beurlaubt. — 24. IX. Sprache und Atmung gut. — 15. X. Status idem. — 15. XI Weitere Besserung. — 2. XII. Status idem. — 14. XII. Mit militärärztlichem Zeugnis zu seinem Kader als tauglich abgegangen.

Über das weitere Verhalten der geheilten und gebesserten Stotterer haben wir keine direkten Nachrichten. Aber der Umstand, daß nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von gebesserten, nämlich 14, uns nach einiger Zeit wieder mit verschlechterter Sprache überwiesen wurden, während von den geheilten kein einziger zum zweiten Male zu uns kam, glauben wir schließen zu dürfen, daß sie sich im Dienste bewährten, so daß die zeitraubende und mühevolle Behandlung nicht vergeblich war.

Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Wien (provisorischer Leiter: Doz. Dr. G. Bondy).

Eine neue Sinus-Jugularis-Schere.

Von Dozent Dr. **Oscar Beck**, Assistent der Klinik.

(Mit 1 Figur.)

Diese Schere ist derart konstruiert[1]), daß die eine Branche in eine Hohlsonde umgewandelt ist. Diese Hohlsonde trägt an ihrem Ende einen Knopf, der die Spitze der anderen Branche überragt, so daß diese Spitze durch den Knopf überdeckt ist. Wird die Schere geschlossen, so legt sich die schneidende Branche an die innere Fläche der Hohlsonde an und schneidet daher an der inneren Fläche der Hohlsonde. Es vereinigt daher diese Konstruktion der Schere die Vorteile einer geknöpften Hohlsonde mit denen einer gewöhnlichen Schere.

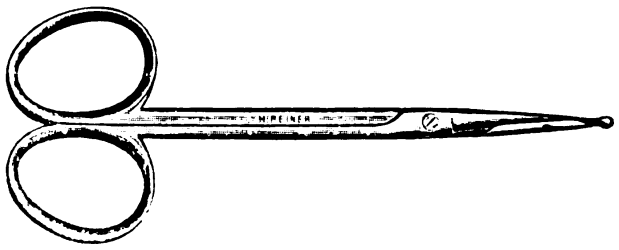
Gerade für die Spaltung des Sinus und für die Excision seiner lateralen Wand, wie sie bei Thrombenbildung notwendig erscheint, bietet eine solche geknöpfte Hohlsondenschere den Vorteil, daß man mit der geknöpften Hohlsonde im Lumen des eröffneten Sinus weitertastend sicher im Lumen des Gefäßes bleiben muß und daher die angrenzende Dura nicht

[1]) Hergestellt bei H. Reiner, Wien, IX., Van Swietengasse 10.

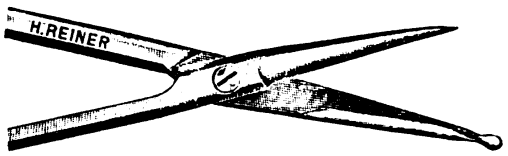
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verletzen kann, deren Differenzierung von der Grenze des Sinus in jenen Fällen oft große Schwierigkeiten bereiten kann, bei denen der Sinus durch Granulationen und fibrinöse Auflagerungen stark verändert ist und die Entzündungserscheinungen auch auf die angrenzende Dura übergreifen, so daß die Konturen zwischen Sinus und Dura nicht deutlich erkennbar sind. Speziell vom oberen Knie angefangen, wenn der Sinus nach rückwärts verlaufend gegen den Torcular zieht, wird die geknöpfte Hohlsonde

Fig. 1.



$^2/_3$ der nat. Größe.



Nat. Größe.

dadurch die Schlitzung der lateralen Wand wesentlich erleichtern, daß sie mit Sicherheit die Richtung der Schnittführung angibt.

Auch eine Verletzung der inneren Wand des Sinus scheint beim Arbeiten mit dieser Schere unmöglich; besonders bei Verklebungen oder Kollabierung der Sinuswände muß bei der sonst usuellen Eröffnung des Sinus mit einem kleinen Scalpell auf diese Eventualität Bedacht genommen werden.

Ist das obere Jugularisende nicht bluthältig, so wird nach möglichst hoher Freipräparierung der Vene bulbuswärts die geknöpfte Hohlsondenschere zur Schlitzung der Venenwand mit Vorteil verwendet werden.

Vereinsberichte.

Niederländischer Verein für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

26. Versammlung vom 25. und 26. November 1916.

Vorsitzender: Prof. Dr. H. Burger.

H. Zwaardemaker: **Die Ladungserscheinungen der Riechstoff haltenden Nebel.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Laboratorium wurde eine neue Methode gefunden, um die Anwesenheit von Riechstoff in Flüssigkeiten oder in der Luft anders als mit dem Geruchssinn zu objektivieren. Wenn man eine Salz- oder Zuckerlösung mit Überdruck von 2 Atmosphären nach den Regeln von Gradnige und Stefanini verstäubt, so entsteht ein sehr beständiger Nebel, in dem zahllose feine Tröpfchen vorkommen, von denen die eine Hälfte positiv, die andere negativ geladen ist. Läßt man diese Nebel gegen eine isolierte Metallplatte, welche mit einem Elektroskop verbunden ist, zurückstoßen, dann wird man keine Ladung beobachten. Wenn man aber den Lösungen einen Riechstoff zuführt, beobachtet man gewaltige positive Ladungen. Diese Erscheinung ist allgemein wie die sogenannte Kampfererscheinung und umfaßt alle festen, flüssigen und gasförmigen Riechstoffe. Auch die Antipyretica und Alkaloide zeigen die Ladungserscheinung.

Sämtliche Riechstoffe haben die Eigenschaften: 1. flüchtig, 2. lösbar in Wasser zu sein; 3. die Oberflächenspannung niedriger zu machen; 4. in Öl lösbar zu sein; 5. ein Oderiphar zu enthalten. Die ersten drei Eigenschaften können auch für die Erklärung der Ladungserscheinung verwendet werden.

Diskussion: Struycken, Burger.

H. Zwaardemaker: **Eine kleine Verbesserung an Guyes löffelförmigem Gehörapparat.**

Der Apparat hat sich im Vergleich zu anderen auffangenden und zugleich resonierenden Gehörapparaten immer sehr gut bewährt. Auch der Nachklang des resonierenden Gehörapparates wurde durch Registrierung eines Knalls auf den Phonograph abwechselnd mit dem „Receiver" allein und mit Verschiebung eines Hörapparates untersucht; auch jetzt wieder zeigte sich Guyes Apparat sehr gut. Unter Anwendung von Baumwolle, Fasern, Flachs oder Glaswolle kann man ohne bedeutende Herabsetzung der Intensität noch eine weitere Verbesserung zustande bringen. Andere Apparate mit zu kurzem Nachklang haben alle weniger verstärkende Wirkung, wie aus der Tiefe der Eingravierungen der Phonographenrolle zu sehen ist.

H. J. L. Struycken: **Das Verhalten zwischen Stimmgabel, Pfeife, Orgeltönen und Resonatoren.** Im Anschluß an die Beobachtung von Bress, daß Schwerhörende Pfiffe und Orgeltöne wohl hören und die gleichen Töne von Stimmgabeln nicht, hat Vortragender erprobt, inwieweit dieser Unterschied der Intensität durch graphische, von ihm angegebene Registrierapparate festgestellt werden könnte. Das Resultat könnte optisch gemessen und die Welle auf ihre Korrektheit erprobt werden. Es zeigte sich, daß, wenn die maximale Stimmgabelamplitude für c, c^1, c^2, c^3, c^4 respektive c^5 vorausgesetzt werden auf 5000, 1500, 500, 200, 50, 20 und 10tausendstel Millimeter, daß dann Pfeifen- und Orgelpfeifentöne beim mäßigen Anblasen für Töne von c^4 an nach unten in der Tonreihe weit größere Ausschläge an den Membranen des Beobachtungsapparates geben. Wurde der Ton von einem Trichter aufgefangen, dann war der Unterschied noch weit bedeutender. Bei c^5 dagegen wurden sowohl bei Trichter als bei Diaphragma von 1 cm^2 keine großen Intensitätsunterschiede beobachtet.

Resonatoren zeigten der zugehörigen Stimmgabel gegenüber bei kleinerer Diaphragmaöffnung als die Breite des Stimmgabelbeines keine größeren Ausschläge geben zu können; wurde der Ton von einem Trichter

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

aufgefangen, dann wurden wohl größere Unterschiede beobachtet. In allen Fällen, wo größere Ausschläge mit Pfeifen, Resonatoren oder Orgelpfeifen als mit Stimmgabeln sich zeigten, konnte durch größere Entfernung ersterer Tonquelle ein gleicher Ausschlag bekommen werden wie von letzterer. Folgen Tabellen.

Diskussion: Quix.

Die Lagerung und Form der Otolithenorgane bei verschiedenen Tieren.

Schon von 1911 an hat Quix die Form und Lagerung der Otolithenorgane bei verschiedenen Tieren studiert. Es hat zu merkwürdigen Resultaten geführt, die für die Funktion von großer Bedeutung sind. Viele schon bekannte Tatsachen aus der Physiologie des statischen Organs können dadurch erklärt und andere können abgeleitet werden. Er zeigt verschiedene Mikrophotogramme von Schnitten der Otolithenorgane und wünscht nachstehende Resultate festzustellen:

1. Die geometrische Form der Otolithenmembran ist bei keinem einzigen Tier entweder für den Utriculus oder für den Sacculus die einer flachen Ebene, sondern weicht bedeutend davon ab.

2. Die Form des Sacculusotolithen ist ungefähr die einer Eischale, die des Utriculus der Länge nach die eines Schlittschuhes (Freesche Schoots), teils mit kürzerer und teils mit längerer Spitze.

3. Die Schnittlinien der Otolithenmembran mit flacher Ebene sind keine geraden, sondern gebogene, deren Krümmung nicht in einer mathematischen Formel angegeben werden kann. Die Form dieser gebogenen Linien wechselt mit jedem Durchschnitt.

4. Von einer bestimmten Ecke zwischen den zwei Otolithenmembranen kann entweder im gleichen Ohre oder bei Vergleichung beider Ohren gesprochen werden, da die Otolithenmembranen sehr unregelmäßig gebogene Ebenen sind.

5. Die Projektion der Otolithenmembranen auf Koordinationsebenen ist aus eben erwähnten Gründen mathematisch nicht zu bestimmen.

6. Vernachlässigung der Krümmung der Otolithenmembranen und Vereinfachung zu einer flachen Ebene muß zu unrichtiger Vorstellung über die physiologische Funktion führen.

7. Die Bestimmung der Wirkungssphäre der Otolithenorgane muß auf ganz andere Art geschehen als durch Bestimmung der Ecken der Projektionen der bis zu flachen Ebenen reduzierten Otolithenmembranen auf Koordinationsebenen.

8. Form und Größe der Otolithenmembranen sind bei verschiedenen Tieren sehr verschieden und abhängig von Haltung, Lebens- und Bewegungsart.

F. H. Quix: **Ein Fall eitriger Entzündung des Innenohres und der Hirnhäute, entstanden nach Fractura basis cranii** (mit Lichtbildern).

Kräftiger, 30jähriger Mann fällt Juli 1914 von seinem Motorrad. Fractura basis cranii.

3. und 5. XII. kommt Pat. in Behandlung Quix'. Linksseitiger Verlust der Hörfunktion sowie der statischen Funktion. Rechts normal. Pat. war sehr nervös. Gedacht wurde an Blutung im Labyrinth linksseitig und im Schädelinnern in der Umgebung vom Hörnerv. 5. II. kommt Pat. wieder in die Klinik mit meningealen Symptomen (Hirnhautentzündung).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf dem linken Ohr war das Trommelfell rot. Keine Perforation. Nach Konsultation des Neurologen Prof. Winkler wurde beschlossen, nicht zu operieren. 7. II. Exitus. Bei der Obduktion wurden Meningitis purulenta diffusa und deutliche traumatische Veränderungen im Gehirn, eine direkte Ursache für die Meningitis wurde nicht gefunden.

Die histologische Untersuchung zeigte einen Riß im Felsenbein von oben lateral des inneren Gehörganges nach unten zwischen den Canales semicirculares nach außen und die Cochlea nach innen, durch Vestibulum und Promontorium im Bande der Fenestra rotunda bis ins Mittelohr, durch den Boden des Cavum tympani und eine kleine Strecke im äußeren Gehörgang. Der Riß war schon teilweise geschlossen (Mikrophotographien). Vortragender schließt hieraus:

1. Man soll bei Kopfverwundung nicht zu schnell auf traumatische Neurose schließen, sondern das Gehör und Gleichgewicht gut untersuchen.

2. Die Basisfrakturen, welche durch Mittel- und Innenohr gehen, können noch spät zu Gehirnkomplikationen Veranlassung geben.

3. Gewöhnliche pathologisch-anatomische Untersuchungen am Sektionstisch sind nicht immer imstande, Klarheit zu bringen über Mittel- und Innenohrkomplikationen und können sogar Scheitelbeinfrakturen übersehen.

C. E. Benjamins: **Experimente über den Druck im Naseninnern beim Kaninchen.**

Erwähnt wurden die mit Dr. Rochat gefundenen vasomotorischen Druckschwankungen im Tränenapparat. Benjamins teilt jetzt seine Untersuchungen über diese Bewegungen in den Blutgefäßen der Nase mit. Die Druckschwankungen in der Nase sind arteriellen, die im Tränenapparat venösen Ursprungs.

Vortragender kommt zu dem Schluß, daß der Druck im geschlossenen Naseninnern beim Kaninchen hauptsächlich beherrscht wird von dem arteriellen Blutdruck. Es können unregelmäßige vasomotorische Schwankungen im Naseninnern vorkommen, die aber keiner speziellen vasomotorischen Automatie zugehören.

Die vasokonstriktorischen Sympathicusfasern der Nase beim Kaninchen gehen nicht durch das Mittelohr. Das Etappenganglion für die vasokonstriktorischen Sympathicusfasern ist das Ganglion cervicale supremum.

Diskussion: Struycken.

A. de Kleijn: **Eine merkwürdige Form von hereditärer Taubheit.**

Gezeigt wird der Stammbaum einer an Taubheit, Fragilitas ossium und blauen Sclerae leidenden Familie. Die Taubheit hatte den Mittelohrtypus. Von den 22 Verwandten wurde diese Eigentümlichkeit bei 11 gefunden. Die Tatsache, daß blaue Sclerae zusammen mit Fragilitas ossium von allen Untersuchern als mesodermalen Ursprungs aufgefaßt werden, macht es wahrscheinlich, daß auch das Mittelohrleiden primär in einer Krankheit der Knochen des Ohres gesucht werden muß. In diesem Fall ist also keine Andeutung für das für die Otosklerose in letzter Zeit viel angenommene primäre nervöse Leiden.

Diskussion: Zwaardemaker, Burger, Benjamins.

A. de Kleijn: **Einzelne physiologische Experimente über vestibuläre Reflexe, Cerebellum und vestibuläre Reflexe.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beim Kaninchen sind nach totaler Cerebellumexstirpation nachfolgende vestibuläre Reflexe noch möglich: Tonische Labyrinthreflexe auf die Muskeln (schon durch Magnus für die Katzen angegeben). Nystagmus während und nach Rotieren und kalorischer Nystagmus, kompensatorische Augenbewegungen, kompensatorische Kopfbewegungen während und nach Rotieren; Kopfdrehung und Beugung nach einseitiger Labyrinthexstirpation. Die starken Bahnen, welche den Nervus vestibularis mit dem Cerebellum verbinden, sind schon eine Andeutung, daß das Cerebellum wohl Einfluß auf die vestibularen Reflexe ausüben muß. Mit Kollegen Storm v. Leeuwen konnte de Kleijn nachweisen, daß die zentrale Kompensation bei Katzen im Cerebellum zustande kommt. Experimentiert wird noch, um die Lokalisation festzustellen.

D. W. Ekker: **Totale Larynxexstirpation vor 3½ Jahren.**

Zweck war, zu demonstrieren, wie nach totaler Larynxexstirpation noch gesprochen werden kann. Pat. hat sich das Sprechen selbst ohne Apparat gelernt. Resultat sehr gut.

I. J. von den Helm: **Drei Fälle maligner Geschwulst des Palatums.**

1. 80jähriger Mann. Tumor carcinom. basis uvulae, auf das Palatum übergehend. Tumor wurde mit Messer und Galvanokauter entfernt. Nach ¾ Jahren Exitus. Ursache unbekannt.

2. 14jähriger Junge. Tumor (Fibromyxosarkom) füllte Isthmus faucium aus. Wurde mit glühender Schnur kleiner gemacht und dann wie oben entfernt. Nach einem Jahr kleines Sarkom am Arcus palatoglossus. Das Sarkom wurde ausgeschnitten. 1. VI. 1917 kein Rezidiv.

3. 64jähriger Mann. Großer glatter Tumor umfaßt einen großen Teil des Palatum molle et durum. Auf der Spitze ein Ulcus. Der Tumor geht nicht über die Mittellinie. Wassermann negativ. Operation. Pathologisch-anatomisches Endotheliom (Prof. Spronck).

Diskussion: Ruysch, Burger, Quix.

Quix: **Ein Fall von eitriger Innenohrentzündung, nachher Hirnhautentzündung, geheilt durch Operation.**

Demonstration einer 25jährigen Frau. Pat. hat seit vielen Jahren Otitis med. chron. sin. April 1916 Radikaloperation. Es wurde Cholesteatom und viele Granulationen am Sinus sigmoideus gefunden. Der Labyrinthknochen fühlte sich mit der Sonde kariös und rauh an. 24. VIII., nachdem Pat. entlassen war, wieder Aufnahme wegen Labyrinthkomplikation, Vestibulum cochleae und Bogengänge mit Granulationen ausgefüllt. Lumbalpunktion ergab Nonne +, 1740 cm^3 per mm^3. Nach der Operation erwies sich das linke Labyrinth als total vernichtet.

30. VIII. wieder Temperatursteigerung bis 40°. Der ganze hintere Pyramidenteil wurde bis zum Porus acusticus internus entfernt. Sehr tief unter der Eintrittsstelle des N. acusticus wurde eine große Höhle mit Eiter geöffnet. Hinten war die Öffnung geschlossen durch die Dura. Sie dehnte sich aus bis zur Mittellinie des Schädels. Empyem also des Sacculus endolymphaticus. Punktion des Klein- und Großhirns negativ. Am 1. IX. ergab Lumbalpunktion 15.000 Zellen. 3. IX. ebenso. 4. IX. nochmals Hirn- und Kleinhirnpunktion mit negativem Erfolg. Im Lumbalpunktat wurde Diplococcus crassus vom Vortragenden gefunden.

Am 19. IX. konnte Pat. gerade aufsitzen und bald folgte Heilung.

Vortragender meint, daß man nie, sogar in ziemlich hoffnungslosen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fällen, wenn im Lumbalpunktat viele Zellen und Mikroorganismen sind, die auf eine ausgedehnte Meningitis hinweisen, unterlassen soll, durch Operation den primären Herd zu suchen.

C. H. Gantvoort: **Einige Fälle von Lymphosarkom.**

Vortragender berichtet über einen Pat., welchen er vor 2 Jahren in dieser Gesellschaft vorstellte. Ein Lymphosarkom wurde mit der linken Tonsille enukleiert und mit Röntgenstrahlen behandelt. Bis jetzt noch kein Rezidiv. Jetzt wieder behandelt.

Eine 50jährige Frau mit walnußgroßem Tumor der linken Tonsille und mit kleinen Drüsenschwellungen am Hals. Nach dreimaliger Bestrahlung war der Tumor schon verschwunden. Pat. steht noch in Behandlung.

Eine 52jährige Frau mit großem Tumor des Nasopharynx. Ebenso verschwand der Tumor schnell nach Bestrahlung.

Diskussion: Struycken, Quix, Van Mens, Frederikse, Benjamins.

H. Burger: **Angeborene Taubheit.**

a) 21jähriges Mädchen. Innenohr- resp. Nerventaubheit. Unten eine Oktav. Eine Kürzung oben sehr wenig. Stammbaum zeigt in 4 Geschlechtern auf 95 Personen 9mal Taubheit, 11mal Psychose, 3mal Potatoren, 4mal Selbstmord, 11mal Nervenkrankheit, 5 Ehen ohne Kinder. Die Eltern der Pat. sind auf mindestens 2 Wegen miteinander verwandt.

b) Eine Familie: ein Sohn taubstumm, eine Tochter angeboren taub, ein Söhnchen normal. Der Taubstumme hörte rechts nichts, links Flüstersprache nicht. Laute Sprache 5 *cm*. Hörlinie geht von E^1 bis g^6. Kein Drehnystagmus, doch Nystagmus bei Kälteanwendung. Das Mädchen hört linksseitig nichts, hat rechts eine Taubheit des Sklerosetypus.

c) Familie, deren Vater schwerhörend war und in einer Irrenanstalt gestorben ist. Von den 3 Kindern ist das älteste schwerhörend und geistig schwach, das zweite ist taubstumm, das jüngste hört Flüstersprache nicht, laute Sprache 80—20 *cm*. Hörlinie links 3 Zehntel von fis^1, fis g^2 und bei a^5 und g^6. Rechts Hörlinie von gis bis fis^6.

Diskussion: Quix, Struycken.

H. Burger: **Besserhören im Lärm.**

Zuerst werden die verschiedenen Erklärungen vermeldet, die man bis jetzt für die Parakusis Willisii gegeben hat. Vortragender berichtet über seine Untersuchungen bei einem Pat. mit Sclerosis aurum und Parakusis Willisii. Bestimmt wurde:

1. Die Hörschärfe in Ruhe für Ton und Sprache. 2. Das gleiche bei Lärm. 3. Bei fortwährend stoßender Bewegung im Zanderinstitut, im Zug (Wagen mit Korridor). Bei den Experimenten sub 2 wurde von einer Verbesserung durch Stimmgabeltöne oder durch Lärm nichts beobachtet. Sub 3 wurde auch keine Verbesserung gefunden. Sub 4 stellte sich heraus, daß Pat. im Zug schlechter hörte als im Zimmer. Tiefe Töne wurden gar nicht mehr gehört. Die Hörstörung bei Burger selbst und bei einem anderen normalhörenden Herrn war überraschend stark während der Fahrt. Nach der Meiung Burgers hörte Pat. nicht besser, wie sie selbst meinte, aber die Normalen hören bedeutend schlechter, weshalb lauter gesprochen und höher intoniert wird. Von 24 Parakusisfällen hatten 19 Sklerose. Von 47 Parakusis freien Fällen hatten nur 8 Sklerose, davon 3 mit Innenohrkomplikationen. Die Tatsache, daß man bei Innenohrtaubheit fast nie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Parakusis antrifft, ist ein starkes Argument gegen die Auffassung, daß die Parakusis eine Eigenschaft des kranken Gehörorgans als Sinnesorgan für sich ist.

H. Zwaardemaker: **Motion zur Stütze der Kommission, welche Adous für eine neue Verordnung zur Musterung für die Schiffahrt geben soll.**

Die niederländische Verein für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ist der Meinung, daß im Musterungsreglement für Schiffer die Forderungen, die gestellt werden für diejenigen, die in Dienste treten oder im Dienste sind, einzeln umschrieben werden.

H. J. L. Struycken: **Konservative Zahnheilkunde und Empyem des Antrum Highmori.**

Unter 203 Fällen konservativ behandelter Zähne wurde 4mal Empyem des Antrum Highmori angetroffen. Zweimal mit Empyem der Cellulae ethmoidales und Sinus frontalis, einmal nur mit Komplikation der Cellulae ethmoidales und einmal ein einfaches Antrumempyem. Nach Entfernung der goldenen Kappe war es in zwei Fällen möglich, einen für Induktion empfindlichen Stockzahn zu finden. Bei den zwei übrigen war objektiv für den Zahnarzt keine pathologische Veränderung zu konstatieren. Nach Eröffnung stellte sich in allen Fällen die Schleimhaut des Alveolarrandes als stark polypös heraus und war zweimal deutlich Pus im Wurzelkanal vorhanden. Die Behandlung war immer Entfernung der kranken Zähne.

Caldwell Luc empfiehlt bei Sinus frontalis Eröffnung von außen her und Durchspülen. Alle sind geheilt.

Struycken empfiehlt, vor der zahnheilkundlichen Behandlung genau auf eventuelle anwesende Hyperästhesie für elektrische, mechanische oder thermische Reize zu untersuchen und rhinologische Untersuchung mit Röntgenaufnahme.

Diskussion: Quix, Hartog, Jenker, Braat, Burger.

C. Henkes: **Einige Bemerkungen in Bezug auf die Operation für Bulbusthrombose.**

Operiert wurde ein 12jähriges Mädchen mit Sinus- und Bulbusthrombose. Nach Eröffnung des Sinus sigmoideus zeigt sich der Thrombus vereitert. Er wurde entfernt und das periphere Ende des Sinus tamponiert. Das zentrale Ende ist nicht zu erreichen. Deswegen Operation nach Jansen. Nach Entfernung des eitrigen Thrombus aus dem Bulbus fand keine Blutung statt. Keine Besserung, ebenso nach Unterbindung der Vena jugularis interna. Ein Thrombus in den Sinus petrosus inferior wird jetzt vermutet. Es wird versucht, diesen durch ein Ohrenkatheter zu aspirieren. Es gelingt. Henkes hat zu dem Zweck Kanülen anfertigen lassen. Man soll nicht nur eine Sinusoperation vornehmen mit eventueller Unterbindung der Vena jugularis interna, wenn aber dann keine Besserung erfolgt, versuchen, den Thrombus aus dem Sinus petrosus inferior zu entfernen.

Diskussion: Quix.

C. E. Benjamins: **Weitere Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Zähneknirschen und adenoiden Vegetationen.**

Unter 1091 adenoiden Pat. knirschten 36%, schnarchten 60,1%; hatten Katarrhe der oberen Luftwege 49,4%, Gehörstörungen 42,7%, Aprosexie 34,6%, Enuresis 29%. Das Zähneknirschen kommt also in die vierte Reihe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auf 1654 Schüler waren 13,6% Zähneknirscher. Die Statistik lehrt uns, daß 30,2% der Kinder adenoide Vegetationen haben, 36% knirschen. Erwartet sollte also werden $\frac{30{,}2 \times 36}{100} = 10{,}9$, wenn alles Knirschen von Adenoiden käme. Das stimmt ungefähr mit einer Nachfrage in der Schule. Von 115 willkürlichen Knirschern hatten nur 2 keine Adenoiden. Der symptomatische Wert von Zähneknirschen für adenoide Vegetationen ist hierdurch bestimmt.

Diskussion: Hartog, Quix, van Rossum, Minkema.

H. J. L. Struycken: **Zwei Fälle von Hirnabseeß nach Entzündung des Sinus frontalis und ethmoidalis.**

Im ersten Fall war der Sinus frontalis und das Siebbein krank. Unregelmäßiger Puls, niedrige Temperatur, Amnesie, das Fehlen von Pulsationen der Dura und das Erscheinen einer schnell vorübergehenden kontralateralen Hemiplegie nötigten zur Öffnung des Locus frontalis. Drei Abscesse wurden gefunden. Bei der Öffnung der letzten Abseßhöhle wurde unwillkürlich auch die vordere Hirnhöhle geöffnet. Bleibende nachteilige Folgen entstanden nicht. Bei dem zweiten Pat. war starke Protrusio und Dislocatio bulbi durch Eiteranhäufung retrookulär vorhanden. Der Sinus frontalis fehlte ganz, aber Siebbein und Antrum Highmori waren mit stinkendem Eiter gefüllt. Das Dach der Orbita und der Knochen um die Fissura orbitalis herum waren nekrotisch. Auch hier wurde wegen fehlender Durapulsation und Pulsfrequenz nicht operiert, bis Temperatursteigerung folgte und Symptome einer Meningitis sich einstellten. Dann wurde der Lobus frontalis exploriert und ein großer solitärer Abseß gefunden. Beide Fälle heilten absolut.

A. Sekkel: **Eitrige Entzündung des rechten Sinus frontalis. Durchbruch des Bodens.**

Eine 50jährige Dame hatte vor einigen Jahren eine chronische Kieferhöhlenentzündung. Jetzt hat sie Eiterung des Sinus frontalis, eitrigen Nasenausfluß. Abseß in der Augenhöhle, Vomen bei der Nase. Gesichtsfeldeinschränkung und herabgesetzter Visus $^1/_2$. Modifizierte Operation nach Kilian.

Schon beim ersten Schnitt entleert sich subperiostal viel Eiter. Der Boden des Sinus wurde entfernt sowie der Processus nasalis ossis frontalis und das vordere Ende der Concha media. Die knöcherne vordere Wand wurde intakt gelassen wegen möglicher Entstellung. Drainage mit Gazestreifen. Anfängliches Doppeltsehen schwand schnell. Der Visus verbesserte sich bis auf $^1/_2$.

A. Sekkel: **Streptokokkeninfektion.**

Entzündung der Tonsillen, Abseß, Eiter in der Kieferhöhle und Sinus frontalis. Drüsenschwellung. (Wird später ausführlich publiziert.)

G. Brat: **Thrombose der beiden Sinus cavernosi nach Scharlach.**

$6^1/_2$jähriger Junge wurde am 24. XII. 1915 wegen Scharlach aufgenommen. 18. I. 1916. Temperatur rect. 37,8°. Erbrechen. Scharlachrezidiv. 23. I. Paracentese auf beiden Seiten. 25. I. Pseudomembran im Pharynx. Prof. Poels konstatiert Reinkulturen von Staphylokokken. 2. II. Ödem beider Augenlider und Protrusio bulbi rechtsseitig. 3. II. Idem. Linksseitige Abducensparese. O. D. Blutkultur enthält keine Mikroben. Intra-

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

venös wird Kollargol verabreicht. 5. II. Einspritzung eines Vaccins aus der Staphylokokkenreinkultur. 8. II. Idem. 9. II. Exitus letalis.

Ursprung der Cavernosusphlebitis war wahrscheinlich die diphtherische Angina.

G. Brat: **Phlebitis des Sinus transversus und der Vena jugularis interna. Heilung.**

16jähriges Mädchen. Seit 5 Wochen krank und seit 14 Tagen Ohren- und Kopfschmerzen. Erbrechen und intermittierendes Fieber. Schüttelfröste. Fötide Otorrhoe. Mastoid empfindlich. Schwellung in der Gegend der Vena jugularis interna links. Die Vena kann man als einen Wulst fühlen.

Operation: Vena facialis communis und jugularis interna werden unterbunden. Dann Mastoidoperation. Der Sinus transversus ist thrombosiert, das Emissarium blutet. Der Thrombus wird entfernt. Temperatur wird normal. 6 Wochen später (24. VI.) folgt die Radikaloperation. Von Gehörknöchelchen wird nichts mehr gefunden. 12. VIII. wird Pat. entlassen.

A. A. Beenacker: **Typischer Fall von Nasenrachenpolyp.**

Seit ½ Jahr absolute Nasenverstopfung. Dann und wann Spontanepistaxis. Der Tumor füllte ein Drittel der rechten Nasenhälfte aus und war sehr hart und unbeweglich. Postrhinoskopisch zeigten sich die Choanen frei.

Operation nach Denker. Der hintere Teil der lateralen Kieferhöhlenwand war usuriert. Die Höhle war frei. Der Sinus sphenoidalis war mit Tumoren ausgefüllt und das Foramen ausgedehnt. Ebenso der hintere Teil des Siebbeins. Der Ursprung war an der Vorderwand des Ossis sphenoidalis. Zuletzt wurde eine Auswachsung aus dem Foramen sphenopalatinum losgemacht mit starker Blutung aus der Arteria sphenopalatina. Mikroskopisch nichts besonderes. Ebenso wie Jacques (III. int. Laryngologenkongreß in Berlin) angegeben hat, fand auch dieser Tumor seinen Ursprung in dem Recessus sphenoethmoidalis. Vortragender macht noch aufmerksam, daß es hier ein rechtsseitiger Tumor war (Escat und Jacques 7 links gegen 1 rechts).

Diskussion: Kan, Struycken.

A. A. Beenacker: **Blutender Septumpolyp.**

Der blutende Polyp befindet sich ausgehend vom Locus Kiesselbachii. Der Stiel war dünn. Entfernung mit kalter Schlinge. Nachher Kauterisation mit Chromsäure. Später Ulcus perforans septi trotz Kautelen. Mikroskopisch: Große Zellen mit unregelmäßigem Bau. Beenacker meint, daß wiederholtes Trauma hier die Ursache war.

Diskussion: Jenker.

P. Th. L. Kan: **Zwei Fälle erworbener Atresie des äußeren Gehörganges.**

Die erste Pat., ein 14jähriges Mädchen, kam im März 1915 zur Behandlung. Das rechte Ohr war, nachdem sie überfahren worden war, wodurch eine Wunde der inneren Seite der Ohrmuschel entstanden war, fast ganz zugewachsen. Hinter der Ohrmuschel keine Wunde, also keine Abreißung. Keine Otorrhoe, Pat. hört gut. Als über eine Operation gesprochen wurde, entzog sich Pat. der Behandlung. Mai 1915 kam Pat. zurück, nachdem aus einer sehr kleinen Öffnung im Pons externus Eiter gekommen war. Nach einigen Tagen hörte der Ohrenfluß von selbst auf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

15. IX. unterwarf sich Pat. einer Operation. Lokalanästhesie nach Braun. Incision wie für Mastoidoperation. Gehörgang aus dem Knochen gelockert und dann Spaltung wie für Körner-Plastik. Von der Hinterseite des knöchernen Gehörganges wurde etwas Knochen entfernt und dann die Lappen antamponiert. Die Incision wurde vernäht. Kurze Zeit hat Pat. wieder Otorrhoe gehabt. Bald trat aber Heilung ein.

Der zweite Pat. hatte nach einer Erkältung Otorrhoe rechts bekommen, die von selbst bald ausheilte. Als Pat. zur Behandlung kam, wurde W rechts lokalisiert und war R rechts negativ. Die Uhr wurde ad concham gehört. Bei der Inspektion war vom Trommelfell nichts zu sehen. Der Gehörgang wurde von Haut abgeschlossen. In der Mitte war eine trockene Borke. Nach Entfernung war die hervortretende Haut mehr rot. Tiefe des Gehörgangs $2^1/_2$ *cm*. Der Prozeß war offenbar abgelaufen, weshalb Kan meinte, nicht operieren zu müssen aus Furcht vor einem Rezidiv der Otitis media. Ohrentropfen, welche Pat. sich selbst früher in einer Apotheke holte, hatten wahrscheinlich kaustisch auf Trommelfell und Haut eingewirkt und bei der Heilung der Otitis die Narbe veranlaßt.

Bei Spontanatresien nach geheilter Otitis media schlägt Vortragender vor, nicht zu operieren. Besteht die Otitis media noch und sind weiter keine Komplikationen, so schließt Vortragender sich Schwarzkopf an und findet Radikaloperation nicht nötig.

Bei Atresie nach Trauma soll man sich an erster Stelle durch die Gehörsfunktion leiten lassen.

C. H. Gantveert: **Cystoma papilliferum malignum des weichen Gaumens.**

20jähriges Mädchen. Links Schwellung des weichen Gaumens. In der Vorderwand eine kleine Öffnung, die in eine Höhle im weichen Gaumen führt. Nach Enukleation haben Röntgen- und Radiumbestrahlung nichts genützt. Pathologisch-anatomisch: Cystoma papilliferum malignum.

27jähriges Mädchen hatte Epiphorax links. Im inneren Augenwinkel war eine runde harte Schwellung sichtbar. In der Nase eine Schwellung in der Nähe der Concha media. Mikroskopisch: Riesenzellensarkom. Da Bestrahlung nicht nützte, wurde operiert. Saccus und Ductus lacrimalis sind zur Seite gedrungen; nach hinten geht der Tumor entlang dem Ethmoid und nach unten bis zum Sinus maxillaris. Die Geschwulst wurde freigelegt und mit Elevatorium entfernt. Nach Behandlung mit Radium nach einigen Monaten kein Rezidiv.

C. H. Gantveert: **Aktinomykose des Felsenbeines.**

2jähriger Junge. Vor 3 Monaten war von einem Arzte eine Incision wegen Mastoidabsceß gemacht worden. Es blieb immer Absonderung und im Halse war ein Infiltrat mit Fistelöffnungen für Tuberkulose verdächtig.

Bei der Operation wurde ein ziemlich großer Sequester aus den Granulationen hervorgeholt.

Mikroskopisch: Aktinomykose. Mit Jodkali bis jetzt prompte Heilung.

J. T. A. van Mens: **Cancroid der Nase.**

Sämtliche Haut der Nase war mit Cancroid überzogen. Die Ränder des Tumors waren fingerdick, die Ausdehnung auf beiden Seiten bis zu den Backen oben, bis zum Processus frontalis unten bis zu den Nasenlöchern. Nach Entfernung der Geschwulst noch Behandlung mit Röntgen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

strahlen während eines Monats. Dann wurde die Wunde nach Thiersch geschlossen. Die Nase ist jetzt ganz mit Haut überzogen. Pat. jetzt ohne Rezidiv nach einem Jahr.

J. T. A. van Mens: **Sehr großes Sarkom des Siebbeines.**

Auf beiden Seiten eine faustgroße Ausdehnung über dem Nasenrücken bis über die Augen in dem Maße, daß Gesichtsstörungen auftraten. Viel Kopfschmerzen. Die Geschwulst stellte sich bei Entfernung als in Sphenoid und beide Sinus frontales eingedrungen heraus. Die letzteren wurden ausgekratzt, Ethmoid und Sphenoid geöffnet. Die Wunde wurde offen gelassen. Nach einem halben Jahr Rezidiv. Wieder Operation. Nach einem Jahr Exitus letalis.

A. A. Beenacker: **Eine abnorme Stelle für eine Geschmackspapille.**

42jähriger Mann, war heiser und klagte über Schleim im Schlund. Laryngoskopisch: Laryngitis chronica mit Verdickung des Stimmbandepithels, während die Hinterwand zwischen beiden Chordae grobe Falten zeigte, Pachydermie ähnlich. Zwischen den Chordae im gleichen Niveau ein kleiner harter Tumor + 4 *mm* hervorragend. Nach Entfernung ergab die mikroskopische Untersuchung ein Bild ähnlich einer Geschmackspapille.

v. Iterson, 2. Sekretär.

Bücherbesprechungen.

Fachbücher für Ärzte. Bd. 4: „Praktische Ohrenheilkunde für Ärzte." Von A. Jansen und F. Kobrak (Berlin). Mit 104 Textabbildungen. Verlag von Julius Springer. Berlin 1918.

Das dem Andenken Oskar Briegers geweihte Buch unterscheidet sich von den übrigen Lehrbüchern schon durch die Eigenart seiner Einteilung des Stoffes. Dieser wird nämlich in eine Propädeutik (für den Anfänger) und in „ausgewählte Kapitel" (für Fortgeschrittenere) geteilt. „Wer die Propädeutik liest, lernt zunächst mehr die theoretischen Fragen kennen, immerhin aber mit ständigen Hinweisen auf die Praxis, deren Erfordernissen die „ausgewählten Kapitel" weitgehender gerecht werden. Das Charakteristische der letzteren ist — wie man schon aus der Bezeichnung herauslesen kann —, daß sie kein lückenloses Lehrbuch darstellen wollen, sondern nur praktisch wichtige Fragen, diese allerdings mitunter in besonderer Ausführlichkeit, erörtern.

Um nur ein Beispiel heranzuziehen, wurde „die Ohreiterung des Kindesalters" als ein eigenes Kapitel behandelt, um durch „Herausschälung dieses Gebietes aus dem Hauptkapitel" die Wichtigkeit dieser Erkrankung auch als Allgemeinerkrankung zu dokumentieren.

Daß in einem solchen, in erster Linie für praktische Ärzte bestimmten Buche nicht alles enthalten sein kann, ist selbstverständlich. Immerhin wären einige Ergänzungen bei einer nächsten Auflage nicht unangebracht. So findet sich z. B. die Bougiebehandlung der Ohrtrompete beim chronischen Adhäsivprozeß des Mittelohres nicht einmal erwähnt; die so überaus leichte Feststellung der „Tubeneiterung" mit Hilfe der Spontandurchgängigkeit der Tube erscheint doch gerade für praktische

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ärzte wie geschaffen. Damit, daß „Tubeneiterungen oder chronische Lumensveränderungen der Tube seltene Vorkommnisse im Sprechzimmer eines Arztes sind", kann sich Referent nicht einverstanden erklären.

Es sind dies freilich nur Einzelheiten, die bei der Fülle des Gebotenen gar nicht ins Gewicht fallen. Sehr gute Abbildungen, darunter mehrere schematische, erleichtern dem Leser ungemein das Verständnis der Darlegungen. Das Buch zeichnet sich übrigens durch eine äußerst prägnante Ausdrucksweise aus, die stets den Kern der Sache im Auge hat. Schon aus diesem Grunde, zumal aller Ballast für den Nichtspezialisten (darunter auch der Verzicht auf Literaturangaben) in Wegfall kommt, hält Referent das Lehrbuch nicht nur für den praktischen Arzt, sondern insbesondere auch für den Studenten als Wegweiser während des Studiums und als beratender Freund während der späteren Ausübung ärztlicher Praxis besonders geeignet.

Die Ausstattung des 362 Seiten starken Buches ist — zumal mit Rücksicht auf die Kriegsverhältnisse — eine sehr gute.

Ernst Urbantschitsch.

Referate.

I. Allgemeines.

Über die anatomische Lokalisation der Alexie. Von St. Kopczynski, Warschau. (Gazeta Lekarska. 1917. Nr. 28, 29.)

Nachdem Verf. die widersprechenden Ansichten über die Existenz und die Lokalisation des optischen Sprachzentrums dargestellt hat, teilt er einen von ihm beobachteten und anatomisch genau untersuchten Fall von Alexie mit, dessen klinische und pathologisch-anatomische Analyse zu folgenden Schlußfolgerungen führt:

A. In klinischer Beziehung:

1. Nach der Ansicht von Déjérine unterscheidet man erstens: corticale Alexie, bei der das optische Zentrum für Buchstaben und Worte zerstört ist und infolge dessen auch vollständige Agraphie bestehen soll; zweitens: subcorticale Alexie, bei welcher die Bahnen, welche dieses optische Zentrum mit den im motorischen und im akustischen Sprachzentrum lokalisierten Klang- und motorischen Bildern für Buchstaben und Worte in der linken Hemisphäre verbinden, unterbrochen sind und wobei keine Agraphie besteht. Diese Trennung läßt sich nach K. schwerlich durchführen. Im gegebenen Fall war trotz vollständiger Zerstörung der Rinde des Gyrus angularis, also des vermutlichen optischen Zentrums für Buchstaben und Worte, die Fähigkeit, selbständig zu schreiben und abzuschreiben, erhalten und nur das Diktandoschreiben etwas erschwert, was vielleicht von einer gewissen Komplikation von sensorischer Aphasie oder Worttaubheit Wernickes abhängig war.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Die Tatsache des Fehlens von Störungen im Ablesen von Ziffern fand sich auch hier bestätigt. Ziffern werden von Alektikern als Bilder und als Gegenstände erkannt.

3. Der gegebene Fall bestätigt auch die Unabhängigkeit der Hemianopsie von der Alexie, da die erstere fast ganz verschwand, während die letztere bis zum Tode anhielt.

4. Im Gegensatz zur Behauptung von Monakow ist die Alexie als konstantes und bleibendes Symptom zu betrachten, ähnlich wie die motorische oder die sensorische Aphasie. Im gegebenen Fall bestand die Alexie durch 9 Monate bis zum Tode, ohne abzunehmen.

B. In anatomischer Beziehung:

1. Die Zerstörung des linken Parieto-occipitalwinkels und speziell des Gyrus angularis und eines bedeutenden Teiles der subcorticalen Substanz in der Richtung des Hinterhorns, der Seitenkammer samt dem oberen Teile des Fasciculus longitudinalis inf. und dem inneren Teil des Spleniscus corporis callosi kann, wie im gegebenen Fall, dauernde Alexie hervorrufen. Ob es sich dabei um die Zerstörung des optischen Zentrums für Buchstaben und Worte oder um die Zerstörung der Kreuzungsstelle der Bahnen, welche von der Rinde der Hinterhauptlappen zu der Rinde der Schläfen- und Stirnlappen verlaufen, handelt, jedenfalls ist diese Stelle, im Gegensatz zur Behauptung Monakows und in Übereinstimmung mit der Behauptung Déjérines unzweifelhaft als Zentrum zu betrachten, dessen Zerstörung das klinische Bild der Alexie verursacht.

2. Zur Entstehung von Alexie ist nicht unbedingt die Beschädigung des basalen Teiles des Occipitallappens, wie Niessl von Mayendorf will, oder wie andere wollen, der Gegend der Fissura calcarina, also der Gg. cuneus, praecuneus, lingualis oder des Faserbündels unbedingt notwendig, welches den Forceps major und minor bildet, da im gegebenen Fall diese Stellen unbeschädigt waren und trotzdem Alexie bestand.

3. Die Radiatio thalamo-optica Gratiolets und das Tapetum nehmen indirekten Anteil an der Alexie. Von dem Grade der Tiefe, in welche der Herd in der Richtung des Hinterhorns der Seitenkammer vordringt, hängt der Grad ihrer Beschädigung ab, welche die klinischen Symptome der Alexie kompliziert, sie aber nicht bedingt.

Spira.

Einige Bemerkungen über die Knochenleitung und über eine Modifikation der Weberschen und der Gelléschen Probe. Von L. Zamenhof, Warschau. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 24, 25.)

Z. bespricht die Fehler und die Widersprüche, welche bei der Verwendung der 3 Stimmgabelproben von Weber, Rinne und Schwa-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bach beobachtet wurden. Die Webersche Probe ist als die wertvollste anzusehen, ergibt aber auch Widersprüche. An 60 normalen Personen fand Z., daß die Stimmgabel von der Sagittallinie des Schädels aus 7mal auf einer Seite, 31mal an der Ansatzstelle, 4mal am ganzen Schädel, 18mal bald an der einen, bald an der anderen Seite besser gehört wurde. Die Ursache dieser Widersprüche muß in dem Schädel, als Vermittler der Knochenleitung liegen. Um diesen auszuschalten, verwendet Z. zu dieser Probe einen Apparat, bestehend aus einem hufeisenförmigen Metallband, dessen Enden mit den Warzenfortsätzen und dessen Mitte mit der tönenden Stimmgabel in Berührung gebracht werden. Um Obertöne zu vermeiden, wird die Berührungsstelle der Stimmgabel mit einer Gummilage bedeckt. Versuche mit diesem Apparat an klinischem Material ausgeführt, ergaben Resultate, welche immer mit der theoretischen Voraussetzung übereinstimmten.

Bei leichter Verstopfung des Ohres mit dem Finger wird Weber bekanntlich auf der verstopften Seite lateralisiert. Wird dann der kleine Finger möglichst rasch und tief in den Gehörgang hineingedrückt, so erscheint der Ton auf dieser Seite abgeschwächt oder er übergeht auf die Ansatzstelle der Stimmgabel an der Schädelmitte. So erhält man eine Modifikation der Gellé schen Probe. Das Auftreten des Fistelsymptoms bei Luftverdichtung im äußeren Gehörgang trotz nicht vorhandener Fistel ist auf eine besondere Empfindlichkeit des Labyrinthes gegen Drucksteigerung zurückzuführen.

Auf Grund seiner bisherigen Erfahrung mit diesen Modifikationen gelangt Z. zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Der möglichst genau ausgeführte Webersche Versuch reicht aus, um den Sitz der Hörstörungsursache zu bestimmen.

2. Weist das Resultat des Webersche n Versuches auf eine Mittelohraffektion hin, so ist der erwähnte modifizierte Gellé auszuführen. Ergibt sich dabei keine Änderung der Tonperzeption, so befindet sich der Sitz der Krankheit an der Steigbügelbasis, im entgegengesetzten Falle an der Paukenhöhle.

3. Bei Anwendung dieser 2 Modifikationen sind die anderen oben erwähnten Hörprüfungsmethoden als weniger genaue und an keinen neuen Stützpunkt gebunden überflüssig. Spira.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Akute eitrige Mittelohrentzündung bei Säuglingen. Von M. Hertz. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 20, 21, 22.)

Die an der Hand der Literatur nachgewiesene größere Häufigkeit von Mittelohreiterungen bei Säuglingen hat seine Ursache zunächst in anatomischen Eigentümlichkeiten des Säuglingsohres, in dem eigentüm-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichen Bau der Tuba und in der manchmal persistierenden embryonalen Beschaffenheit der Paukenhöhlenmukosa. Dazu kommen häufigere Katarrhe der oberen Luftwege bei Kindern, Magendarmerkrankungen mit Erbrechen und Eindringen von Erbrochenem in die Tuba. Davon zu unterscheiden sind jene Formen von Gastroenteritis, die als Folge einer Mittelohreiterung auftreten, sei es durch Absorption von toxischen Produkten in der Paukenhöhle bei erschwertem Abfluß des Eiters aus derselben oder auch durch Verschlucken von durch die Tuba abfließendem Ohreiter. Weitere Ursachen sind: Infektionskrankheiten, Verschlucken beim Baden, beim Spülen der Nase, Eindringen von Fruchtwasser oder von Gonokokken in die Tuba bei der Geburt. Von Einfluß für die Entstehung dieser Krankheiten bei Kindern sind auch hereditäre Zustände, Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus der Eltern.

Besprechung der diagnostischen Schwierigkeiten. Oft muß eine wiederholte Untersuchung vorgenommen werden, um bei Säuglingen eine Mittelohrentzündung zu diagnostizieren. Nicht jede Rötung des Trommelfells darf als Zeichen einer Entzündung gedeutet werden, da bei Kindern schon durch bloßes Schreien eine solche Rötung verursacht werden kann. Wichtige diagnostische Zeichen sind: unruhiger Schlaf, Schreien im Schlafe, beim Säugen, Schmerzempfindlichkeit der Ohrmuschel und des Warzenfortsatzes auf Druck, meningeale Erscheinungen u. dgl. und die Otoskopie. — Besprechung des Verlaufes und der Therapie. Gegen Schmerzen empfehlen sich Einlagen von in einer warmen 1%igen Lösung von Liquor Burowi und Glycerin aa. getauchte Wattebäuschchen. Da selbst bei geringfügigen objektiven otoskopischen Erscheinungen der Eiterungsprozeß in der Tiefe weit vorgeschritten sein kann, so können schon ungünstige Allgemeinerscheinungen, Unruhe, erhöhte Temperatur usw. die Parazentese indizieren. Wegen der Empfindlichkeit der Haut der Säuglinge, die leicht der Maceration unterliegt, soll man mit Einträufelungen vorsichtig sein. Trotz hinreichendem Sekretabfluß bestehende Unruhe, Schlaflosigkeit kann von Ekzem im äußeren Ohre herrühren. In diesem Falle empfiehlt sich die Anwendung einer 1%igen Kreolin-Salicylsalbe. Bei gleichzeitigem Nasenkatarrh erweist sich oft Bepinselung der Nase mit einer 0,5%igen Lapis- oder Protargollösung wirksam. Spira.

III. Labyrinth und Hörnerv.

Zur Kenntnis der Cuticulargebilde des inneren Ohres mit besonderer Berücksichtigung der Lage der Cortischen Membran. Von Karl Wittmaack. (Jenaische Zschr. f. Naturwissensch. 55. Neue Folge 48 1918.)

Durch anatomische Beobachtungen an klinischen Krankheitsfällen findet man bei gewissen, zweifellos relativ häufig vorkommenden Erkrankungsprozessen des inneren Ohres ganz eigenartige Veränderungen in den

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cuticulargebilden der Sinnesendstellen, welche dem Verf. zu seinen höchst interessanten Untersuchungen Veranlassung gaben. Man sieht nämlich in solchen Fällen, daß die charakteristische Zeichnung dieser Gebilde verloren gegangen ist und die Cupulae der Cristae und die Otolithenmembranen der Maculae sich in eine fast völlig homogene Masse verwandelt haben. Auch die Membrana Corti erscheint außerordentlich stark abgeflacht und eingesunken, so daß sie völlig mit dem unter ihr gelegenen Cortischen Organ verklebt ist und häufig dieses sogar mehr oder weniger stark eingedrückt hat. Auf der Suche nach einer Erklärung für diesen eigentümlichen Befund ist der Verf. schließlich zur Überzeugung gekommen, daß er sich am besten aus bestimmten, eigenartigen Vorgängen, die sich bei der Liquorausscheidung abspielen, erklären läßt.

Die Existenz der Otolithenzone als Deckschicht auf der Cupula deutet darauf hin, daß der Liquor labyrinthi absolut neutral reagieren muß. Der Umstand, daß die Gebilde dieser Membran sich stetig abbauen und erneuern, führt zur Schlußfolgerung, daß in den Sinnesendstellen selbst sich ein Vorgang abspielen muß, der zur Neubildung von Otolithen an Stelle der im Laufe der Zeit verbrauchten Steine führen muß. Diesen Vorgang muß man sich als Sekretionsvorgang vorstellen, der vom Epithellager der Sinnesendstellen unterhalten wird. Das Sekret selbst müßte zunächst schwach sauer (zumindest durchaus neutral) reagieren, so daß erst beim Zusammentreffen mit dem Liquor selbst die Ausscheidung der Kristalle erfolgte. Der Umstand nun, daß der Sekretstrom die Faserung der Cupula (resp. Crista und M. Corti) in irgend einer Weise durchzieht und an der freien Oberfläche derselben durch einzelne feine Poren oder verdünnte Partien der Deckschichte hindurchtritt (wobei dann die Ausscheidung der Kristalle erfolgen würde), spricht dafür, daß die natürliche Spannung dieser Gebilde auf einem durch diese Flüssigkeitsströmung unterhaltenen T u r g o r beruht. Die oben beschriebenen Veränderungen hätte man sich daher als Störungen der Turgescenz dieser Gebilde vorzustellen. In der vorliegenden Arbeit wurde nun auf experimentellem Wege und durch mikroskopische Nachuntersuchungen eine Stütze für diese schon an anderer Stelle veröffentlichte Theorie gesucht und gefunden.

Durch Behandlung der Gehörorgane von Tieren mit verschiedenen Flüssigkeiten, die teils hyper-, teils hypotonisch wirken, ist es dem Verf. gelungen, verschiedene Grade der Turgescenz der Cuticulargebilde darzustellen, welche sowohl eine Stütze für seine Theorie bilden, als auch sehr interessante und teilweise für die Physiologie des inneren Ohres grundlegende Tatsachen zutage förderten.

Im Kapitel *A* beschäftigt er sich mit dem Bau und der Form der Cupulae und der Otolithenmembranen. Es ergibt sich, daß die Cupula

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(resp. Crista) in ihrer natürlichen Spannung und Lage in erster Linie durch einen auf Flüssigkeitsfüllung des Gewebsnetzes (das aus Längs- und Querfasern besteht) beruhenden Turgor erhalten wird. Die Zusammensetzung der Flüssigkeit innerhalb des Gewebsnetzes der Cuticulargebilde muß von der der Labyrinthflüssigkeit selbst erheblich abweichen. Es geht dies daraus hervor, daß sich bei Einwirkung der Fixationsmittel offenbar Substanzen aus ihr niederschlagen, die die Farbstoffe gut aufnehmen, während der Liqu. lab. selbst in der Regel gänzlich farblos bleibt. Diese Beobachtung zwingt zum Schluß, daß der Flüssigkeitsgrundlage bei oder nach ihrem Durchtritte durch die interzellulären Spalträume noch spezifische Substanzen beigemischt werden, deren Ausscheidung demnach nur auf aktiver Zelltätigkeit der Epithelzellen selbst beruhen kann. Die Untersuchungen haben nun ergeben, daß die Fädchen, die das Hörhaar zusammensetzen, sich direkt in das Fasernetz der Cupula fortsetzen, so daß es möglich ist, daß die spezifischen Substanzen, die die in diesem Fasernetz eingeschlossene Flüssigkeit enthält, durch diese Hörhaarröhrchen ausgeschieden werden und mit der Verästelung des Faserwerkes sich in den Maschen des Gewebsnetzes verteilen. Weitere mikroskopische Bilder führen den Autor dazu, anzunehmen, daß die Herkunft der spezifischen Substanzen der im Fasernetz der Cuticulargebilde eingeschlossenen Flüssigkeit auf eine Tätigkeit des Sinnesepithels selbst nach Art der der Drüsenzellen zurückzuführen sei.

Im Kapitel *B* wird Bau, Form und Lage der Cortischen Membran behandelt. Auch für diese gilt, wie für die Cuticulargebilde des Vestibulums, daß sie einen bestimmten Turgescenzgrad aufweist und daß sich die Flüssigkeit in einem Fasernetz, welches hier nur aus Längsfasern besteht, vorfindet. Die Untersuchungsmethoden des Verf. haben die interessante Tatsache ergeben, daß die Cortische Membran nicht, wie in letzter Zeit allgemein angenommen wird, nur lose dem Cortischen Organ aufliegt, sondern daß deutliche Verbindungsbrücken zwischen denselben bestehen. Man erkennt an den Präparaten, daß sowohl an den 3 äußeren, als auch an der inneren Sinneszellenreihe von der Hörplatte der Sinneszelle zur Cortischen Membran eine schmale, bandförmige Verbindung hinüberzieht, die vollständig mit dem als Hörhaar bekannten Gebilde zusammenfällt. „Es kann nach diesen Bildern kaum mehr einem Zweifel unterliegen, daß in der Tat die Hörhaare in die M. Corti übergehen und in sie ausstrahlen.“ Auf diesem Wege vollzieht sich aber auch nach Ansicht des Verf. analog dem Verhalten bei Macula und Crista die Beeinflussung des Turgors innerhalb der M. Corti.

R. Leidler.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IV. Otochirurgie.

Über einen Kombinationsfall von otogener und epidemischer Meningitis. Von Doktor Rudolf Jaffe, Oberarzt d. L. (M. Kl. 1918. Nr. 14.)

Ein Patient, der schon früher einmal an eitriger Mittelohrentzündung gelitten hatte, erkrankte an hohem Fieber, Schwindel und Kopfschmerzen, erst am dritten Krankheitstag trat eitrige Sekretion aus dem rechten Ohr auf, jetzt angeblich erst etwas Ohrenschmerzen. Im Lumbalpunktat fanden sich ausschließlich Meningokokken, im Eiter von der Gehirnbasis außer diesen auch Staphylo- und Streptokokken. Der Autor nimmt an, daß Patient zuerst an epidemischer Meningitis erkrankte, wozu sich sekundär eine Infektion vom Mittelohr aus gesellte.

Ernst Urbantschitsch.

Über einen Cysticercus im rechten Schläfenlappen. Von RA. Dr. A. Bleier, Doktor G. Dinolt und Hans Brunner. (Aus dem Reservespital Nr. 16 in Wien [Kommandant: OStA. Dr. Sperber].) (W. kl. W. 1918. Nr. 21.)

Die Verfasser berichten über das interessante Zusammentreffen einer eitrigen Mittelohrentzündung mit einem Cysticercus im rechten Schläfelappen und weisen zusammenfassend auf folgende zwei beachtenswerte Punkte hin: „1. Es kann im Verlaufe einer eitrigen Mittelohrentzündung ein Prozeß im Schläfelappen, der bis dahin latent geblieben war, sich durch auffallende Symptome manifestieren; 2. ein raumbeschränkender Prozeß im rechten Schläfelappen kann, auch wenn es sich um einen Tumor von weicher Konsistenz handelt, fast nur unter Symptomen von Fernwirkung auf den linken Frontallappen auftreten."

Ernst Urbantschitsch.

Notizen.

Die Universitäts-Ohrenklinik in Wien wurde zu einer Ohren-Nasen-Kehlkopfklinik erweitert und der bisherige Tit.-Prof. Dr. Heinrich Neumann unter gleichzeitiger Ernennung zum außerordentlichen Professor zum Vorstande dieser Klinik ernannt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Über Funktionsstörungen nach verheilten Halsschüssen.

Aus der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfabteilung des ehemaligen k. u. k. Garnisonsspitales Nr. 19 in Preßburg.

Von Dr. **Siegfried Gatscher**, im Kriege Chefarzt der Abteilung, Assistent der Universitäts-Ohrenklinik in Wien.

Die Schußverletzung lag nach der Anamnese bei den meisten Fällen auf mehr als ein Jahr zurück, so daß wohl von einem Dauerzustand gesprochen werden kann, da speziell die Symptome durch Nervenläsion kaum mehr eine Änderung erfahren dürften. Die Fälle kamen alle in verheiltem Zustande zur Konstatierung ihrer Diensttauglichkeit und ergaben mit Ausnahme von einem einen Befund, durch den eine weitere Therapie aussichtslos erschien.

Ich habe in der folgenden Mitteilung acht Fälle ausgewählt und mit ihr folgendes Ziel verfolgt. Erstens konnte ich mir vorstellen, daß die Beschreibung der schließlich resultierenden Funktionsstörung für jene Kollegen, die an oder in der Nähe der Front derartige oder ähnliche Verletzungen flüchtig oder durch einige Zeit im frischen Stadium sahen, von Interesse sein werde. Zweitens, weil diese Fälle im allgemeinen vom neurologischen Standpunkte und speziell in bezug auf den Larynx Einzelheiten aufweisen, welche sowohl für die Diagnose als Prognose anderweitig benützt werden können. Drittens erschien mir der Mechanismus der Verletzung, d. h. der Geschoßweg in einem Areal, wo Millimeterentfernungen lebensentscheidend sind, schon interessant genug, um die Beschreibung eines geheilten Zustandsbildes mit einer derartigen traumatischen Genese zu rechtfertigen.

Es läßt sich natürlich ohne jegliche Kenntnis über die früheren Stadien schwer ein Urteil über den vorangegangenen Zustand abgeben. Leider waren wir bei den Konstatierungen (in der Regel auch bei transferierten Verwundeten) immer nur auf die Aussagen der Patienten angewiesen, fast ausnahmslos fehlte ein Dokument, das auch nur die primitivsten Aufzeichnungen enthalten hätte.

Die Anamnese war bei vielen Patienten (mangelhafte Intelligenz, Shock nach der Verwundung etc.) in den Fragen nach Fieber, Blutung, Schluckbeschwerden, Atemnot, erste und spätere Versorgung etc. so man-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelhaft, daß ich sie gar nicht benützen konnte und bei der Mitteilung daher nur den objektiven Befund verwerte.

Topographisch handelt es sich bei den acht mitgeteilten Fällen um Verletzungen durch Querschuß in transversaler Richtung oder um unilaterale Durchschüsse in sagittaler Richtung in der Halsregion oberhalb der Regio laryngea oder in einem Falle in dieser selbst. Es erschienen also hauptsächlich die Gebilde der Regio carotidea und der Regio sub- bzw. retromandibularis gefährdet. Sämtliche Durchschüsse sind in der Geschoßbahn so orientiert, daß sie die Schädelbasis nicht attackieren und vor oder neben der Wirbelsäule gelegen sind, also letztere nicht in den Bereich der Verletzung einbezogen erscheint. Zwei unilaterale Durchschüsse ließen Ein- und Ausschuß erkennen, bei zweien war nur ein Einschuß nachzuweisen. Von den letzteren erwies sich einer als Steckschuß auf der Seite des Einschusses, bei dem zweiten konnte weder ein Ausschuß noch ein Projektil oder Projektilsplitter nachgewiesen werden, die Funktionsstörung sitzt aber ebenfalls auf der Seite des Einschusses.

Von den vier Querschüssen ist der Geschoßweg so gelegen, daß er einerseits eine verschiedene Neigung zur Transversalen hat, andererseits in verschiedenen Frontalebenen verläuft. Drei dieser Querschüsse weisen eine Beteiligung des Kehlkopfes auf (einer stellt einen reinen Durchschuß desselben dar), von den unilateralen zeigen ebenfalls drei eine traumatische Beteiligung des Larynx, einer eine pathologische desselben. Die Verletzung führte demnach in sechs von acht Fällen zu einer Larynxläsion.

Nach den früher angegebenen Regionen erschienen an Gefäßen gefährdet der Stamm und die Ramifikation der Carotis externa, an Nerven der Plexus cervicalis, der Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius und Hypoglossus, der Facialis und Sympathicus je nach der besonderen Lokalisation in verschiedener Weise, im einzelnen Falle auf einer oder auf beiden Seiten.

Bei den Nervenläsionen werden wir aus den Symptomen eine solche des Stammes oder der Äste ableiten können.

Beim Larynx müssen wir im besonderen die Funktionsstörung auf eine direkte Verletzung des Organes oder auf eine indirekte durch Nervenläsion zurückführen.

Nach dieser kurzen allgemeinen Gruppierung will ich zunächst die Befunde angeben, diese im einzelnen besprechen und in einer Epikrise zusammenfassen.

Fall 1. J. St., geb. 1882.

Anamnese: Im Zivil stets gesund. Angeblich im Anschluß an Gewehrschuß an der russischen Front im Oktober 1915 heiser.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund vom 30. X. 1917: Verheilter Durchschuß durch den Kehlkopf, ungefähr von der Mitte der rechten Schildknorpelplatte zum linken Schildknorpelrand. Kehlkopfschleimhaut im ganzen normal, beide Stimmbänder etwas gerötet, die rechte Larynxhälfte etwas weniger beweglich, Stimmbandschluß nicht vollständig durchführbar.

Fall 2. A. B., geb. 1877.

Anamnese: Angeblich Durchschuß im September 1914 durch Gewehrprojektil.

Befund vom 2. XII. 1917: Verheilter Einschuß ca. einen Querfinger vor dem rechten Ohrläppchen, verheilter Ausschuß knapp unter der Spitze des linken Warzenfortsatzes. Gesichtsnerv beiderseits frei; linksseitige Atrophie der Zunge und des weichen Gaumens mit stark herabgesetzter Beweglichkeit dieser Teile. Im laryngoskopischen Bilde erscheint die linke Kehlkopfhälfte in ihrer Beweglichkeit stark beeinträchtigt, Phonation jedoch kaum gestört.

Starke Behinderung des Schluckaktes und Kauvermögens infolge der oben geschilderten anatomischen Veränderungen mit konsekutiver Ernährungsstörung und Körperschwäche.

Fall 3. I. B., geb. 1893.

Anamnese: Angeblich seit 1915 im Anschluß an Kopfschuß schwerhörig und heiser.

Befund vom 6. IV. 1918: Verheilter Durchschuß vom rechten Oberkiefer zum linken Warzenfortsatz.

Ohrbefund: Äußerer Befund beiderseits normal. Rechts: Trommelfellzeichnung vollständig verwischt, dasselbe diffus getrübt. Links: Trommelfell fleckig getrübt Weber nach rechts, Rinne rechts positiv, links negativ Hörschärfe: rechts 2 *m*, links — 1 *m* für akzent. Fl.-Spr.

Links Fazialisparese. Das Gaumensegel wird links weniger innerviert. Die Zunge weicht beim Vorstrecken nach links ab und ist in ihrer linken Hälfte deutlich atrophisch. Linke Kehlkopfhälfte fast unbeweglich, Stimmband in Medianstellung.

Fall 4. K. H., geb. 1894.

Anamnese: Angeblich seit April 1916 im Anschluß an Halsdurchschuß Sprachstörung und Schluckbeschwerden.

Befund vom 19. I. 1918: Verheilter Durchschuß quer durch den Hals vom linken zum rechten Unterkieferwinkel. Die etwas atrophische Zunge kann nicht vorgestreckt und gehoben werden.

Fall 5. S. B., geb. 1891.

Anamnese: Angeblich seit August 1917 im Anschluß an Halsdurchschuß an der russischen Front heiser.

Befund vom 28. XII. 1917: Verheilter Durchschuß vom rechten Unterkiefer zur rechten Nackengegend. Entsprechend dem unteren Teil der linken Hinterhauptschuppe eine bogenförmige Narbe nach Granatverletzung.

Die Zunge kann nicht vollständig vorgestreckt und gehoben werden, weicht beim Vorstrecken nach rechts ab und ist in der rechten Hälfte deutlich atrophisch. Rachenbefund normal.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stimme heiser. Im Larynxbilde Schwellung des rechten Taschenbandes, rechte Kehlkopfhälfte fast unbeweglich (Rekurrensparese). Schwere Störung des Kau- und Schlingaktes.

Fall 6. L. J., geb. 1888.

Anamnese: Angeblich seit Dezember 1914 im Anschluß an Halsdurchschuß an der russischen Front heiser.

Befund vom 24. XI. 1917: Verheilter Einschuß rechts neben dem Zungenbein, verheilter Ausschuß rechts am Hinterhauptbein.

Laryngoskopisch keine Abnormität der Beweglichkeit der Larynxhälften nachweisbar. Stimmbänder beweglich. Taschenbänder und Gegend der Aryknorpel geschwollen.

Fall 7. A. G., geb. 1895.

Anamnese: Angeblich seit August 1917 im Anschluß an Steckschuß im Halse heiser.

Befund vom 17. X. 1917: Verheilter Einschuß am hinteren Rande des linken Kopfnickers, ungefähr in der Mitte desselben, kein Ausschuß.

Laryngoskopisch linkes Stimmband entschieden wenig beweglich.

Röntgenbefund: Ein Gewehrprojektil liegt mit der Spitze nach abwärts und etwas nach hinten gerichtet ($2^1/_2$ bzw. 4 *cm* unter der Lapismarke auf der Brusthaut). Das Projektil liegt im Retrosternalraum vor der Trachea.

Die Basis des Projektils ist im Jugulum palpabel.

Fall 8. F. M., geb. 1897.

Anamnese: Angeblich seit Mai 1917 im Anschluß an Halsdurchschuß (Schrapnell) heiser.

Befund vom 11. XII. 1917: Verheilter Einschuß zwei Querfinger hinter der linken Warzenfortsatzspitze, kein Ausschuß.

Die Zunge weicht beim Vorstrecken deutlich nach links ab und ist in ihrer linken Hälfte deutlich atrophisch und gefaltet. Die linke Hälfte des Gaumensegels wenig beweglich. Im Larynxbilde bleibt die linke Hälfte etwas zurück, das linke Stimmband in Medianstellung.

Besprechung der Fälle und Epikrise.

Fall 1. Es besteht ein Durchschuß durch den Larynxeingang schräg von vorne rechts nach hinten links. Die mindere Beweglichkeit der rechten Larynxhälfte, sowie der mangelhafte Stimmbandschluß sind wohl als Folgen eines Narbenprozesses im Bereiche der Muskeln und Schleimhaut anzusehen. Die Hyperämie der Stimmbänder ist als begleitender, sekundärer Katarrh durch Zirkulationsstörung oder aus der behinderten Motilität zu erklären. Eine nervöse Läsion kann ausgeschlossen werden.

Ich habe einen ähnlichen Fall aus derselben Station in Erinnerung, von dem ich aber derzeit keine genaueren Aufzeichnungen zur Verfügung habe. In diesem zeigte die eine durchschossene Schildknorpelplatte ab-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

norme Beweglichkeit der syndesmotisch vereinigten Frakturstücke. Die Platte war auffallend hart, so daß man als Ursache und Form der Heilung der Fraktur an eine vorgeschrittene Verknöcherung denken könnte. Das laryngoskopische Bild war durch narbige Veränderung äußerst kompliziert.

Fall 2 zeigt einen gegen die Transversale etwas geneigten Durchschuß. Auffallend ist bei der Lokalisation von Ein- und Ausschuß der Mangel jeder Schädigung der Faciales. Die Funktionsstörung ist ausschließlich links gelegen. Die Velumparese muß auf eine direkte Schädigung der Muskeläste bezogen werden, da sonstige Glossopharyngeus- oder Vagussymptome fehlen. Die linksseitige Zungenatrophie weist auf eine Hypoglossusverletzung hin. Man wird nicht fehlgehen, hier einen Narbenprozeß als kausales Moment anzunehmen, der auch die Motilitätsstörung der linken Pharynxhälfte vollständig erklärt, für die eine andere direkte oder indirekte Schädigung aus dem Geschoßweg einerseits, aus der sonst ungestörten Innervation andererseits nicht in Betracht kommt. Offenbar wurde beim Ausschuß an der Grenze zwischen linker Fossa retro- und submandibularis kein Gebilde verletzt, wie u. a. der Mangel der Accessoriusläsion beweist, der doch sonst miteinbezogen wäre. Die Nervenläsion sitzt also im Bereiche von Schlund- und Zungenmuskulatur, hat hier die Nervenäste geschädigt, ohne die Stämme selbst zu verletzen.

Im 3. Falle haben wir es mit einer komplizierten Funktionsstörung zu tun. Abgesehen von einer beiderseitigen Laesio auris internae, die nicht direkt auf die Verletzung und wegen des Trommelfellbildes auf einen konkomittierenden Prozeß bezogen werden kann, erklärt sich die linksseitige Facialisparese ungezwungen aus der Stelle des Ausschusses. Atrophie und gestörte Motilität der Zunge sind charakteristisch für eine Stammläsion des linken Hypoglossus. Die linke Velum- und Rekurrensparese weisen aber auf den Vagus hin, u. zw. möchte ich auch hier an einen perineuritisch wirkenden Narbenprozeß denken, der die Äste zum Gaumensegel und die Fasern des Rekurrens schädigt.

Interessant ist der Querschuß im Falle 4. Es ist kaum vorstellbar, daß ein Geschoßweg ohne Nerven- und Gefäßverletzung in dieser Region möglich ist. Und doch fehlt jeder Anhaltspunkt dafür. Die Fixation der leicht atrophischen Zunge ist offenbar durch narbige Veränderungen im Bereiche des Zungengrundes begründet. Wäre sie etwa durch eine doppelseitige Hypoglossusverletzung bedingt, so müßten wir eine viel ausgesprochenere Zungenatrophie finden. Außerdem wäre der Mangel jeder anderen Nervenverletzung (oder Gefäßverletzung) bei dieser Lokalisation kaum zu erklären.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 5 stellt einen unilateralen, in sagittaler Richtung erfolgten Durchschuß dar. Die Erscheinungen an der rechten Zungenhälfte sind nach meiner Ansicht als Kombination von Narbenprozeß und Nervenläsion zu deuten. Für den ersten spricht die grobe Fixation, für letztere die starke Atrophie mit den anderen Charakteren der Hypoglossusverletzung. Für die Vagusläsion möchte ich eventuell eine narbige Grundlage annehmen, da die Taschenbandschwellung vielleicht auf eine Zirkulationsstörung zu beziehen ist. Die Narbe an der linken Hinterhauptschuppe ist offenbar das Residuum einer älteren Verletzung.

Fall 6 zeigte keine Funktionsstörung infolge des Durchschusses. Das Larynxbild (doppelseitige Affektion) entspricht einem chronischen Prozeß (spezifisch?).

Fall 7 ist sowohl in bezug auf den Mechanismus der Verletzung als auf ihren Verlauf interessant. Nach dem Geschoßweg muß es zunächst auffallen, daß der Accessorius vollständig verschont blieb. Dann machte das Projektil in jugulo knapp vor den großen Gefäßen halt. Keine Mediastinitis! Die Rekurrensparese habe ich auf Druck bezogen und deshalb die Indikation für die Geschoßextraktion gestellt. Wie die weitere Beobachtung des Mannes lehrte, ging sie aber auch ohne diese zurück. Es war also keine anatomische Läsion des Nerven vorhanden. Auch die Projektillast war nicht ihre Ursache, sondern offenbar ein Extravasat, mit dessen Resorption auch der Rekurrens wieder funktionstüchtig wurde.

Im 8. Falle haben wir es mit einer unilateralen Verletzung zu tun, bei der kein Ausschuß, aber auch kein Steckschuß nachweisbar ist. Das Projektil hat offenbar per os den Körper verlassen, ohne daß die Austrittsstelle sichtbar ist, die möglicherweise in einer Schleimhautbucht gelegen, sich der Feststellung entzieht. Wir haben auf der Seite des Einschusses wieder das Bild einer Hypoglossusstammläsion, die nach der Lokalisation des Einschusses außer Frage steht. Gaumensegelparese und Larynxerscheinungen (Rekurrensparese) möchte ich in diesem Falle auf Faserläsion des Vagus beziehen.

Wenn ich diese Analysen der einzelnen Fälle epikritisch zusammenziehe, so fällt mir zunächst auf, daß keiner der Patienten tracheotomiert worden war. Es lag also, wenn sie unter ärztlicher Kontrolle standen, keine Indikation dafür vor. Und doch sollte man annehmen, daß derartige Verletzungen infolge Bluterguß, akuter Gewebsschwellungen etc. bei der Nähe des Kehlkopfs oder, wenn dieser, wie im Falle 1, selbst betroffen wurde, entsprechende Störungen des Luftzutrittes hervorrufen, die eine Indikation für die Tracheotomie abgeben. Man kann nur annehmen, daß die sterilen Verhältnisse der Wunde einerseits, die rasche Kontraktion

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

des Schußkanales andererseits das Eintreten von Symptomen verhindern, welche sonst zu einem derartigen Eingriff führen.

Hier macht sich speziell der Mangel einer genauen Anamnese fühlbar. Es ist ohneweiters einzusehen, daß Aufzeichnungen bei der ungeheuren Zahl der zur Versorgung eingelieferten Verwundeten kaum gefordert werden können. Auch nicht in den weiter hinter der Front gelegenen Spitälern. Aber es ist zu bedauern, daß infolgedessen eine halbwegs geschlossene Beobachtungskette bis zum erreichten Dauerzustand der Verletzung fehlt.

In Bezug auf den Larynx können wir nach den beschriebenen Fällen bei Halsdurchschüssen an drei Ursachen seiner Funktionsstörung denken. Bei der direkten Verletzung bedarf es keiner weiteren Überlegung. Bei der indirekten aber haben wir gesehen, daß wir nicht nur eine Funktionsstörung des Kehlkopfes auftreten sehen infolge Vagusbeschädigung, sondern daß eine solche auch durch Narbenprozesse bedingt sein kann. Die beiden letzteren Ursachen können sich natürlich im einzelnen Falle kombinieren.

Was die Innervationsstörungen des weichen Gaumens anbelangt, so ist durch die Analyse der vorstehenden Fälle ein Moment besonders hervorzuheben. Beim Mangel jeder Symptome von seiten einer Schädigung des Glossopharyngeus muß die Funktionsstörung auf eine Läsion des Vagus bezogen werden, und zwar auf Schädigung derjenigen Fasern, welche für die Innervation des Gaumensegels bestimmt sind. Wahrscheinlich wird diese Schlußfolgerung dadurch, daß einerseits der Pharynx sonst in seiner Funktion nicht gestört ist, also in den Teilen, welcher der Innervation des Glossopharyngeus unterworfen sind, und daß andererseits auch andere Symptome im Bilde auftreten, welche auf eine Schädigung des Vagus zurückgehen.

Bei den Veränderungen an der Zunge lassen sich, glaube ich, auch deutlich die Folgen einer Hypoglossusverletzung im Stamm und an den Ästen für die einzelnen Muskeln auseinanderhalten. Wohl wird gelegentlich auch ein narbiger Prozeß mit im Spiele sein. Die partielle oder totale Atrophie weist aber in dem einen Falle auf Astverletzung, in dem anderen auf eine Stammverletzung hin.

Aus den geschilderten Fällen möchte ich den mit dem Steckschuß noch einmal besonders hervorheben, weil der Verlauf auch für Rekurrensschädigungen aus anderen Ursachen belehrend ist. Wir können beispielsweise bei einer nach Strumaoperation auftretenden Rekurrensparese, wenn wir sicher sind, daß bei der Operation der Nerv sicher nicht direkt geschädigt wurde, die Symptome seiner Ausschaltung auf ein derartiges Extravasat beziehen und in Analogie mit dem hier mitgeteilten Fall dann

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine günstigere Prognose stellen. Trotz des langen Bestehens des kausalen Momentes hat sich der Nerv doch schließlich vollständig erholt.

Zum Schlusse möchte ich mit ein paar Worten begründen, weshalb ich bei dieser Publikation zu der bestehenden Literatur in keine Beziehung getreten bin. Da es sich um Beschreibung und Analyse eines Zustandsbildes bei dieser Arbeit handelt, so fügt sich dieselbe schwer in die bisheriger Veröffentlichungen über diesen Gegenstand ein. Die Physiognomie der Fälle, die ich hier gezeichnet habe, wird durch den Vergleich mit anderen nicht beeinflußt werden können. Genaue Krankengeschichten habe ich, wie gesagt, nicht zur Verfügung gehabt, so daß meine Publikation aus dem gesamten Verlaufe der Fälle ja nur ein Stadium herausgreifen konnte. Deshalb glaube ich, daß diese Mitteilung eher zum Vergleiche mit ähnlichen geeignet sein wird, wenn solche nach Abschluß der Verarbeitung des gesamten Materiales seinerzeit vorliegen sollten.

Therapeutisch ist, glaube ich, nichts zu machen. Eine Neurolyse käme nur bei sichtbaren Narben und Stammläsionen in Betracht. Astverletzungen sind überhaupt kaum operabel.

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Dezember 1918.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. L. Réthi.
Schriftführer: Hr. K. Kofler.

Der Vorsitzende begrüßt Herrn Dr. Ludwig Hofbauer als Gast.

Die Gesellschaft beschließt, ihren Vizepräsidenten Herrn W. Roth zu seinem 70. Geburtstag zu beglückwünschen und ihm ihre Teilnahme anläßlich seiner Erkrankung auszudrücken.

Demonstrationen.

I. Hr. E. Glas demonstriert a) einen Fall von **membranöser Halsentzündung,** die er als **pemphigoid** bezeichnet. Vortr. kennt die Pat. seit mehreren Jahren. Alle 2—3 Monate bekam sie unter Temperatursteigerungen weißliche zusammenhängende Belege an den Tonsillen, die auf die Gaumenbögen übergriffen und noch am meisten an die Höllensteinschorfe erinnerten. Da die Attacken immer an den Tonsillen begannen, schlug Vortr. die Enukleation der Tonsillen vor, ohne jedoch die Prognose als sicher günstig zu bezeichnen. Nach der Tonsillektomie fühlte sich Pat. einige Monate wohl, später traten jedoch die weißlichen zusammenhängenden Belege wieder auf und nun ist dieses Bild fast konstant gleichartig. Die Mandelnischen und die Gaumenbogen beiderseits zeigen hauchartige, aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebreitete, an Lapisschorfe erinnernde Belege, die kaum ablösbar sind und unter denen die Schleimhaut blutig erscheint. Blasen wurden niemals beobachtet. Die Haut zeigt keinerlei Veränderungen. Auch war niemals ein Decollement zu sehen. Und doch hat diese Schleimhautaffektion die meiste Ähnlichkeit mit Pemphigus. Darum möchte Glas diesem Krankheitsprozeß den Namen einer **Angina membranacea pemphigoides** geben. Orthoformeinstaubung, Salbeiopiumgurgelung, Arsenbehandlung etc. ohne nennenswerten Erfolg. Vortr. möchte einmal bei der Pat. (im Hinblick auf die von Gerber bei Vincentscher Angina erzielten Erfolge) Neosalvarsan versuchen.

Aussprache.

Hr. Réthi hält den Fall für ausgesprochenen Pemphigus.

Hr. Kellner frägt, ob die Schleimhaut, wenn sich die Belege abgestoßen haben, normal aussieht.

b) Weiters demonstriert Hr. Glas die Röntgenbilder einer doppelseitigen **Kieferhöhleneiterung,** die bei einem Soldaten im Anschluß an schlecht gemachte schwere Oberkieferprothesen durch Druck und Sequestrierung eines Teiles des Proc. alveolaris zustande gekommen waren.

Die Erkrankung war symmetrisch. Die Genese dieser Erkrankung dürfte jedenfalls noch nicht beobachtet worden sein und hängt in diesem Falle mit dem schlechten Kriegsmaterial der Ersatzstücke zusammen. Zuerst kam es zu einer Nekrose (Druckatrophie?) des Processus alveolaris und im Anschluß daran zu einer ausgebreiteten Vereiterung der Kieferhöhle mit Polypen und Granulationsbildung, wie die Radikaloperation nach Luc, auf einer Seite ausgeführt, ergab. Die Röntgenbilder (Doktor Dohan, Kriegsspital VI) wurden nach Eingießen der Holzknechtschen Masse von der Alveole aus hergestellt und geben uns die ganze Ausdehnung der beiden Antren wieder.

II. Hr. Schlemmer stellt drei operierte Fälle von **Carcinoma laryngis** aus der Klinik weiland Frh. v. Chiari vor.

a) Einen 50jährigen Mann, bei welchem am 3. IX. 1918 wegen eines Tumors der linken Larynxhälfte und der vorderen Kommissur eine Totalexstirpation sec. Gluck in Lokalanästhesie gemacht wurde. Beiderseitige Drüsenausräumung.

Bemerkenswert an diesem Kranken ist die Tatsache, daß derselbe im Laufe des Jahres 1918 sowohl im Sanatorium Wienerwald wie auch in Aflenz in Kur und Beobachtung stand, daß die linke Larynxhälfte wiederholt kauterisiert wurde, bis sich endlich in einwandfreier Weise der histologische Nachweis über die wahre Natur des Leidens erbringen ließ.

Die Operation und die Rekonvaleszentenzeit verliefen durchaus unkompliziert. Eine kleine Pharynxfistel wurde vor 14 Tagen sekundär durch Etagennähte geschlossen und der Pat. spricht sehr deutlich mit Pharynxstimme.

b) Einen 45jährigen Mann, der am 29. X. wegen eines rechtsseitigen Larynx-Pharynxcarcinoms sec. Gluck in Lokalanästhesie operiert wurde. Beiderseitige Drüsenausräumung, Totalexstirpation des Larynx, Pharynxresektion bis auf eine schmale Schleimhautbrücke an der Rachenhinterwand. Außerdem wurden noch 2 Trachealringe mitentfernt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Rekonvaleszenz verlief bisher ohne Komplikation, die Wunden sind fast ganz per primam geheilt, bloß stellenweise gab es kleine Dehiszenzen, weil Nähte gelüftet werden mußten. Demonstration des breiten Pharyngostomas. Gegenwärtig wird der Pat. im Zentral-Röntgeninstitut prophylaktisch bestrahlt.

c) Einen 55jährigen Mann, der am 4. XI. wegen eines inneren Tumors der linken Larynxhälfte in Lokalanästhesie hemilaryngektomiert wurde. Beiderseitige Ausräumung des Bindegewebes entlang der Venenstämme des Halses. Drüsen waren links nur in mäßigem Grade vorhanden, jedoch noch tumorfrei.

Wegen der stark behaarten Halshaut wurde der Türflügellappen nicht im Sinne Glucks vernäht, sondern wieder median über einem entsprechenden Jodoformgazetampon mittelst Knopfnähten fixiert, doch haben diese Nähte nicht gehalten, so daß heute jenes Bild zu sehen ist, wie wir es nach der typischen Gluckschen Halbseitenexstirpation zu beobachten gewohnt sind.

Auch bei diesem Pat. war der postoperative Wundverlauf ein klagloser.

Aussprache.

Hr. Marschik befürwortet, bei der Anlage der unteren Gefäßscheidendrainage den Streifen hinter dem Sternocleidomastoideus herauszuleiten, weil das Herausleiten desselben medial von diesem nachteilig auf die Haut-Trachealplastik einwirke.

Sitzung vom 8. Jänner 1919.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. L. Réthi.
Schriftführer: Hr. K. Kofler.

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung, begrüßt Dr. Sgalitzer-Wien, Doz. Dr. Hofbauer-Wien und Dr. Kornfeld-Alexandrien als Gäste und teilt mit, daß der Vizepräsident W. Roth sich von seiner Krankheit noch nicht so weit erholt hat, um erscheinen zu können; ferner daß die Jahresversammlung am 5. II. 1919 stattfinden wird. Gemäß den Statuten sind neu zu wählende Mitglieder 14 Tage vorher dem Präsidium der Gesellschaft schriftlich bekanntzugeben.

Demonstrationen.

I. Hr. G. Hofer demonstriert einen Fall von **Perichondritis des Petiolus der Epiglottis nach Grippeerkrankung.** Der Pat. hatte im September vorigen Jahres eine schwere Grippe mit konsekutiver Pneumonie durchgemacht. Schon während seiner Erkrankung traten leichte Atemnot und Aphonie auf, gepaart mit Schluckbeschwerden. Nach überstandener Grippe hielten die letzteren Beschwerden an und führten den Pat. nach Behandlung von seiten mehrerer Spezialisten anfangs Dezember an die Klinik, woselbst sich folgender Befund erheben ließ: Der Larynxeingang stärker gerötet, die Gegend der Taschenfalten geschwollen, an der vorderen Kommissur bis hinauf zur Hälfte der Epiglottis sieht man die Schleimhaut

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

gleichsam wie einen Vorhang gegen den Larynxeingang herabhängen, dabei entleert sich von Zeit zu Zeit in der Gegend des Petiolus deutlich gelber Eiter. Die Stimmbänder sind normal beweglich. Nach einer längeren antiphlogistischen Behandlung ist die Schmerzhaftigkeit gering, Aphonie besteht jedoch noch in gleichem Umfange wie vorher. Die Lokalisation der Perichondritis in diesem Falle macht diesen einigermaßen beachtenswert. Es ist diese Lokalisation eine nach Grippe scheinbar sehr bevorzugte. Gewöhnlich ist dieser Sitz bei traumatischen Perichondritiden zu sehen, besonders bei Verletzungen des Halses nach Suicid und bei den Tangentialschüssen des Larynx. Die noch vorhandene Aphonie bei fehlender Atemnot und geringer Schmerzhaftigkeit macht eine zuwartende Haltung für die Behandlung weiterhin zur Pflicht.

Aussprache.

Hr. E. Glas: Ich habe Gelegenheit gehabt, diesen Fall von Oktober an durch etwa 7 Wochen zu beobachten und habe über dieses interessante Krankheitsbild Folgendes nachzutragen: Es handelt sich hiebei um eine torpid verlaufende Perichondritis, die im Anschluß an eine Grippeaffektion aufgetreten ist, daher in die Gruppe der Kehlkopfgrippeaffektionen einzureihen ist. Der Prozeß begann mit starken Schmerzen der rechten Halsseite, Heiserkeit, starken Schluckbeschwerden und bald darauf einsetzender Atemnot. In diesem Stadium sah ich Pat. zum ersten Mal. Laryngologischer Befund: Hochgradige Schwellung im Gebiete des rechten Cricoarytaenoidalgelenkes, starke Schwellung des rechten Taschenbandes, hochgradige Einengung der Glottis von rechts her. Diagnose: Perichondritis cricoarytaenoidea dextra mit kollateralem Ödem. Tiefe Incision und Scarification über der prominentesten Stelle, Entleerung einer mäßigen Menge fötiden Eiters; Eisumschläge, Eispillen. Die folgenden Tage stark hämorrhagisches Sputum. Bakteriologische Untersuchung ergab keinen charakteristischen Befund. Keine Tuberkelbacillen. Der objektive Larynxbefund änderte sich nun im Laufe der nächsten Wochen so, daß der Prozeß von der rückwärtigen Partie der rechten Larynxseite nach vorne wanderte und nach etwa vier Wochen das Bild einer Perichondritis der Cartilago thyreoidea rechterseits darbot. Schwellung und starke Empfindlichkeit der Außenseite der rechten Schildknorpelhälfte, starke Innenschwellung dieses Gebietes, starkes Vorgetriebensein des rechten Taschenbandes. Die vordere Kommissur von rechts her verstrichen. Nach weiteren Wochen hatte sich der Prozeß nach links ausgebreitet, es bildete sich eine schmerzhafte Schwellung der Außenseite der linken Schildknorpelhälfte, starke Vorwölbung der linken Taschenfalte, die vordere Kommissur vollständig aufgehoben, der untere Teil der Epiglottis stark prominent. Es war nach diesem Bilde zu einer Perichondritis der Cartilago thyreoidea linkerseits gekommen. Nun, da ich Pat. nach etwa 4 Wochen wieder zum ersten Male sehe, hat sich nichts Wesentliches geändert. Nur die Empfindlichkeit und Außenschwellung des Schildknorpels ist verschwunden. Dagegen ist das Innenbild ziemlich gleich geblieben: die starke Vorwölbung beider Taschenbänder, das Aufgehobensein der vorderen Kommissur, das starke Vorgetriebensein des Petiolus der Epiglottis. In diesem Stadium steht die Perichondritis der Epiglottis in dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vordergrund. Pat. atmet relativ gut, er hat sich im Laufe der schleichenden Affektion dem gedrosselten Luftquantum angepaßt. Zusammenfassend sei bemerkt, daß es sich in diesem Falle um eine im Anschluß an Influenza aufgetretene Laryngoperichondritis handelt, die, im rechten Cricoarytaenoidalgelenk beginnend, auf die rechte, dann auf die linke Schildknorpelhälfte übergriff, um schließlich auch den Petiolus der Epiglottis zu erfassen. Es ist eine torpide, langsam verlaufende Erkrankung, die trotz der starken objektiv bestehenden Stenose gerade mit Rücksicht auf deren langsame Entwicklung derzeit relativ symptomenlos verläuft. Glas hat im Verlaufe der Epidemie noch andere Fälle von Kehlkopfgrippe beobachtet, über welche er gesondert zu berichten beabsichtigt.

II. Hr. E. Glas demonstriert einen Pat. mit mäßigen Schluckbeschwerden, dessen **Zungenbasis ein kraterförmiges, von verdickten, aufgeworfenen harten Rändern umgrenztes Ulcus** zeigt. Probeexcision ergibt Carcinom. Er führt den Fall deswegen vor, weil dieser Pat. drei Monate früher in der Ambulanz eines anderen Laryngologen gewesen war, wo die Diagnose auf Rachenkatarrh gestellt worden war. Niemals vergesse man, die Zungenbasis und valleculäre Gegend genau zu inspizieren. Auch im Gebiete des Foramen coecum auftretende Gummata gehören nicht zu den Seltenheiten. Bei Karzinom, in den ersten Wochen erkannt, könnte die endorale Exzision mit nach folgender Radiumbehandlung zum Ziele führen.

Vortrag.

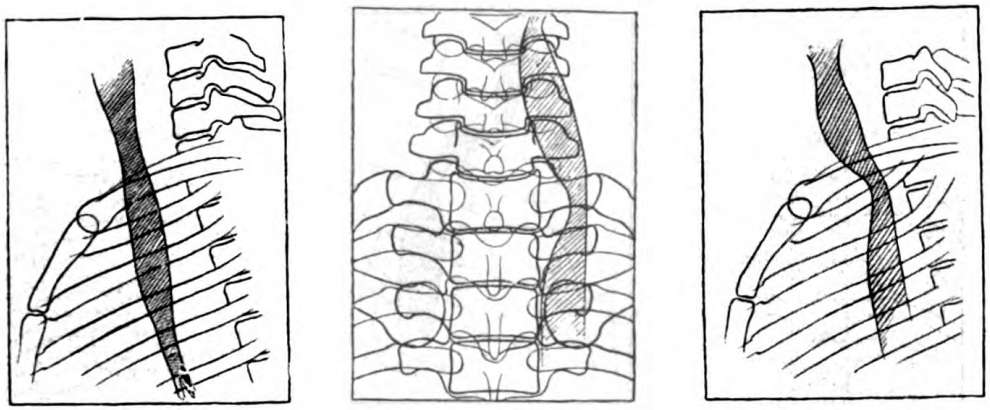
III. Hr. M. Sgalitzer (a. G.): Meine Herren! Ich möchte mir erlauben, Ihnen über eine Vervollkommnung der **röntgenologischen Luftröhrenuntersuchung** zu berichten. Die Erwartungen, die Sie mit Recht an die Röntgenuntersuchung dieses Organs knüpfen dürften, wurden durch ihre Ergebnisse wohl nur zum Teil erfüllt. Schuld an diesem teilweisen Versagen trug der Umstand, daß die Luftröhre bisher nur in einer Projektionsrichtung — der sagittalen — untersucht werden konnte. Dieser Darstellungsmethode haften nun mannigfache Übelstände an. Vor allem wäre hervorzuheben, daß für gewöhnlich nicht die ganze Trachea bei dieser Aufnahmsrichtung zur Darstellung gebracht werden kann, vielmehr meist nur ihr Halsteil auf der Platte erscheint, während ihr Brustabschnitt durch Summierung des Schattens der großen Gefäße zu jenem der Brustwirbelsäule sehr oft unsichtbar bleibt. Hiezu kommt noch, daß sich das Schattenband der Luftröhre bei sagittaler Aufnahmsrichtung — gleichgültig ob ventrodorsaler oder dorsoventraler — auf die Wirbelsäule projiziert, deren komplizierte Zeichnung bei der Beurteilung der Konturen der Trachea oft sehr störend wirkt. Von besonderer Wichtigkeit ist aber noch der Umstand, daß bei der Aufnahme in dieser einen Projektionsrichtung nur rein seitliche Verbiegungen und Kompressionen des Luftrohres zur Darstellung kommen können, während Verbiegungen nach vorn oder hinten überhaupt nicht, Kompressionen in dieser Richtung höchstens vermutungsweise angenommen werden können. Auch Verdrängungen und Einengungen des Luftrohres in schräger Richtung werden nur unvollkommen erkannt werden. Nur wenn es gelingt, die Luftröhre in zwei zu einander senkrechten Projektionen zur Darstellung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu bringen, können wir auch alle ihre Lage- und Formveränderungen tatsächlich erkennen.

Nun ist es wirklich möglich, bei geeigneter Technik, die vom Verfasser im Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 110, genau beschrieben wurde, die Luftröhre auch in rein seitlicher Richtung darzustellen, so daß uns nun die beiden auf einander senkrechten und dadurch die räumliche Vorstellung vermittelnden Aufnahmen zur Verfügung stehen (Fig. 1). So ist es jetzt auch ein Leichtes, die Verlagerungen des Luftrohres nach vorn oder hinten von der Platte abzulesen, jene Veränderungen, deren Beurteilung den Untersuchungsmethoden der Laryngologie Schwierigkeiten bereitet; ebenso deutlich werden sich auch die frontalen Kompressionen abbilden. Werden bei der Begutachtung der pathologischen Veränderungen der Luftröhre beide, das sagittale sowie das seitliche Bild in Betracht gezogen, so bereitet es

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.



natürlich auch nicht die mindesten Schwierigkeiten, die schrägen Verlagerungen und Kompressionen zu diagnostizieren.

Ein großer Vorteil des seitlichen Luftröhrenbildes vor dem sagittalen ist der Umstand, daß das seitliche die Trachea in ihrer ganzen Ausdehnung, also Hals- und auch Brustteil bis in ihre bronchialen Verzweigungen, überdies losgelöst vom störenden Wirbelsäuleschatten, zur Abbildung bringt. (Demonstration von Diapositiven des sagittalen sowie des seitlichen Luftröhrenbildes [letzteres siehe Fig. 1]; Demonstration von Diapositiven einer physiologischen Variante, der Luftröhrenkyphose, die bei Fettansammlung im Jugulum häufig beobachtet wird und bei seitlicher Aufnahme der Luftröhre leicht zur Darstellung gebracht wird.)

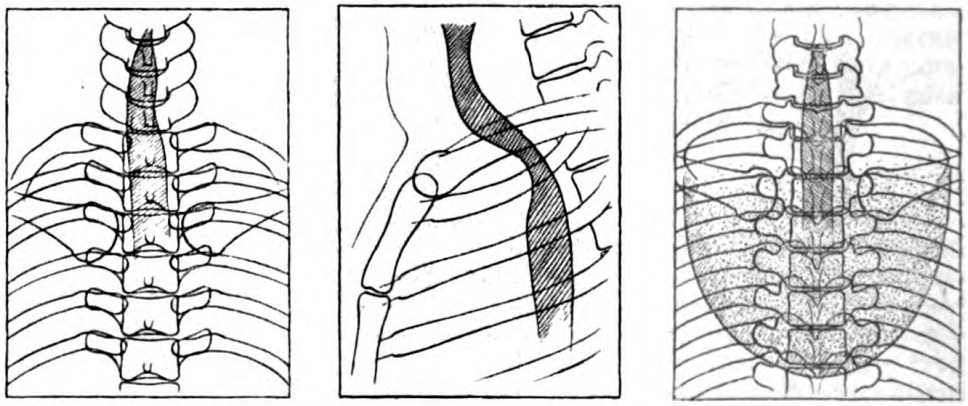
Bei Untersuchung der Luftröhre in diesen zwei zu einander senkrechten Projektionen sind wir imstande, alle Lage- und Formveränderungen der Luftröhre uns anatomisch zu rekonstruieren, sämtliche Lage- und Formveränderungen derselben restlos aufzulösen.

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Von besonderer praktischer Bedeutung ist dies bei Kropfkranken, bei denen die Indikation zur Operation sowie die Art des chirurgischen Eingriffes durch die Lage- und Formveränderungen der Luftröhre bestimmt werden.

Demonstration von Luftröhrenbildern Kropfkranker in beiden Projektionsrichtungen.[1]) (Säbelscheidentrachea; Kompression in verschiedener Höhe; Verdrängung und Kompression in schräger Richtung; zirkuläre Kompression.) Speziell die Verdrängung und Kompression in schräger Richtung (Fig. 2 und 3) sowie die zirkuläre Kompression können nur aus der Doppelaufnahme diagnostiziert werden. Bemerkenswert sind jene Fälle, bei denen das ventrodorsale Bild keine nennenswerten Veränderungen der Luftröhre erkennen ließ, während das seitliche schwere Lage- und Formveränderungen aufdeckte, in dem einen Fall eine Verdrängung der Trachea nach hinten mit Kompression von vorn her in

Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.



der Höhe der oberen Brustapertur, in dem anderen eine Kompression des Halsteils der Luftröhre von vorn und hinten und eine scharfe Abknickung des Trachealrohres in der Höhe der oberen Brustapertur mit erheblicher Einbuchtung der vorderen Trachealwand ins Luftröhrenlumen (Fig. 4 und 5).

Als Vorzug der Röntgenuntersuchung der Luftröhre wäre zu erwähnen, daß sie den Befund dauernd im Bilde festhält, jeder dem Gedächtnis wieder einprägbar. Die Schirmuntersuchung deckt das eventuelle Vorhandensein eines intrathoracischen Kropfes, von Herz-Lungenerkrankungen, von pathologischen Veränderungen des Oesophagus auf. Letzterer zeigte bei fast zwei Dritteilen der Kropfkranken meiner Beobachtung mehr minder starke Lageveränderungen, die gewöhnlich, doch nicht immer, jenen der Luftröhre gleichgerichtet waren. Kompressionen waren selten. In vereinzelten Fällen wurde Atonie des Oesophagus infolge von Vagusdruck durch die Kropfgeschwulst beobachtet. Einen retrosternalen Kropf und die gleichzeitigen Luftröhren-

[1]) Das Material stammt von der I. chirurgischen Universitätsklinik.

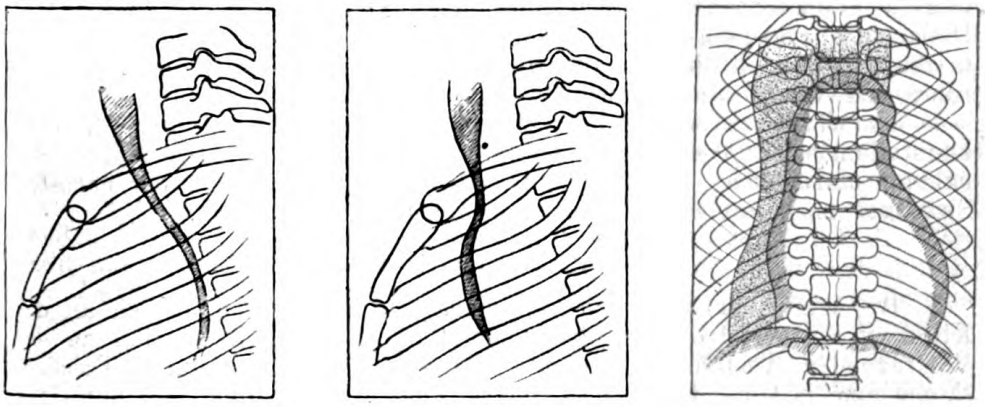
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

veränderungen zeigen Figur 6 und 7. Die erhebliche Verdrängung des Brustteils der Luftröhre nach hinten sowie dessen starke Kompression von vorn her kommt ausschließlich in der seitlichen Aufnahme (Fig. 7) zur Darstellung.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß auch die Fremdkörperlokalisation im Bereich der Luftröhre durch die Untersuchung in diesen zwei aufeinander senkrechten Richtungen gefördert wird. Demonstration der Diapositive der Platten eines Pat., bei dem aus der Doppelaufnahme und Durchleuchtung ein Revolverprojektil im Kehlkopf, fixiert an der Hinterwand des linken Schildknorpels, knapp unterhalb der hinteren Ansatzstelle des linken Stimmbandes diagnostiziert werden konnte. Der Fremdkörper wurde von Hofer operativ entfernt.

Als lehrreichen Fall erlaube ich mir jenen einer Kropfpatientin zu erwähnen, die nach laryngoskopischer Untersuchung wegen ziemlich hoch-

Fig. 7. Fig. 8. Fig. 9.



gradiger dyspnoischer Erscheinungen behufs Kropfoperation auf die I. chirurgische Klinik geschickt wurde. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine nur geringe Kompression des Halsteils der Luftröhre durch Kropfdruck, deckte aber eine weitgehende Kompression des Brustteils der Trachea von hinten her (Fig. 8) durch einen Mediastinaltumor (Fig. 9) auf. Die Kropfoperation bei dieser Pat. wäre ein schwerer Kunstfehler gewesen. Demonstration der entsprechenden Diapositive.

Demonstration der Diapositive der Platten eines Pat., die die auffallende Rückwärtsverdrängung des Brustteils der Luftröhre durch einen vom Manubrium sterni ausgehenden und die Trachea von vorn her stark komprimierenden Tumor erkennen lassen.

Infolge der engen Lagebeziehung zwischen Luftröhre und Oesophagus werden Speiseröhrentumoren des oberen Brustabschnittes ihren Einfluß auch auf die Trachea geltend machen. Ein großer Teil dieser Oesophagustumoren übt einen mehr oder minder starken Druck auf die Hinterwand der Luftröhre aus, der auf der seitlichen Aufnahme deutlich

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

zum Ausdruck kommt. Demonstration der Diapositive der Doppelaufnahme eines Pat. mit einem stenosierenden Oesophagustumor im oberen Brustabschnitt. Der röntgenologische Nachweis des Tumors wird durch die Stauung des in die Speiseröhre eingeführten Wismutbreies erbracht. Auf der seitlichen Aufnahme fällt es auf, daß die Luftröhre im Bereich des Tumors von hinten her auf die Hälfte ihres normalen Lumens eingeengt ist.

Die Röntgendiagnostik der Oesophagustumoren stützt sich auf die Stauung kontrastgebender Masse im Bereich des Tumors, kann also nur bei Stenosierung der Speiseröhre infolge Vorspringens der Geschwulst ins Oesophaguslumen erfolgreich sein. Die obere Kuppe des stenosierenden Tumors kann wohl angegeben, über Größe, Ausdehnung der Geschwulst jedoch nichts ausgesagt werden.

Durch die seitliche Aufnahme gelingt es uns, Oesophagustumoren des oberen Brustabschnittes direkt, also ohne Wismutfüllung, zur Darstellung zu bringen, da sie sich bei dieser Aufnahmsrichtung als dichteres Gewebe von der lufthaltigen Lunge abheben. Demonstration entsprechender Diapositive, die Oesophagustumoren in ihrer ganzen Ausdehnung darstellen und ihre Lagebeziehung zur Luftröhre und Wirbelsäule aufdecken.

Es würde zu weit führen, heute auf diese Methode der direkten Darstellung der Oesophagustumoren durch das Röntgenverfahren des näheren einzugehen; ich werde mir daher erlauben, in einer der nächsten Sitzungen mich mit diesem Thema eingehender zu befassen.

Aussprache.

Hr. Marschik erinnert an einen von ihm vor 8 Jahren an der Klinik v. Eiselsberg beobachteten Fall, der als Illustration zu des Vortragenden Ausführungen dient. Bei einer Frau war durch Tracheoskopie eine bedeutende Trachealstenose konstatiert worden, die mit einer äußerlich sichtbaren Struma zwanglos in Zusammenhang gebracht werden konnte. Das übliche frontale Röntgenbild ergab außer der undeutlich sichtbaren Trachealstenose und einem diffusen Schatten, der ungefähr der Struma entsprach, nichts Besonderes. Bei der Operation, der Redner beiwohnte, wurde nun eine hauptsächlich vaskulöse Struma entfernt, deren Größe und Ausdehnung der hochgradigen Stenose durchaus nicht entsprach und auch anscheinend gar keine Erleichterung schaffte; es kam sogar zu einem veritablen Erstickungsanfall, der die sofortige Tracheotomie nötig machte. Aber auch danach keine Besserung der Dyspnoe. Ich ging daher mit einem rasch herbeigeholten Bronchoskop in die Trachealfistel ein und konnte etwas unterhalb des Sitzes der exstirpierten Struma eine erhebliche Vorwölbung der rechten hinteren Trachealwand feststellen, die sich mit dem Ende des Rohrs eigenartig hart anfühlte und auch nicht passiert werden konnte. Es gelang aber doch, schließlich eine etwas schwächere Kanüle durch die Stenose durchzuführen. Nach zirka 2 Wochen ging die Pat. an einem Erstickungsanfall zugrunde. Die Obduktion deckte nun den eigentlichen Sachverhalt auf: Ein fast mannsfaustgroßes Chondrom, das von einem Brustwirbel ausgegangen war, hatte durch Stauung zur Ausbildung der vaskulären Struma geführt und war die eigentliche

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Ursache der Trachealstenose gewesen. Die seitliche Röntgenaufnahme hätte wahrscheinlich die richtige und rechtzeitige Erkennung der Beziehung zwischen Struma und Stenose sowie der eigentlichen Erkrankung ermöglicht.

Der Vorsitzende spricht Herrn M. Sgalitzer für die Vorführung der sehr instruktiven Bilder den protokollarisch festzulegenden Dank der laryngo-rhinologischen Gesellschaft aus.

IV. Hr. K. Kofler stellt einen Fall von **unstillbarem Nasenbluten** zur Diskussion bezüglich Diagnose und Therapie. Die 22 Jahre alte Pat. litt an Hypertrophie beider unteren Nasenmuscheln, die vor ca. 1¾ Jahren operativ beseitigt wurde. Kurze Zeit nach der Resektion der rechten unteren Nasenmuschel kam es zu fast täglichen, mehr minder starken Blutungen aus der rechten Nasenhöhle. Bei wiederholter Untersuchung fand ich immer die rechte Seite des Septums in großer Ausdehnung mit Blutkrusten bedeckt, konnte aber eigentlich niemals genau den Sitz der Blutung nachweisen, obwohl ich die ganze Septumfläche gründlich reinigte und danach oft reizte, um so eventuell eine Blutung hervorzurufen. Vorausschicken möchte ich, daß ich die rechte Septumfläche weder bei der Operation noch bei der Tamponade irgendwie beschädigt habe. Im weiteren Verlaufe, nachdem ich schon größere Partien teils mit Trichloressigsäure geätzt, teils kauterisiert hatte, kam es zu flach-höckerigen weichen Wucherungen an der Schleimhaut. Ich entfernte dieselben und ließ sie histologisch untersuchen. Der Befund lautete anfänglich: „Chronisch entzündliches Gewebe mit Verdacht auf Carcinom", ein Befund, der von einer zweiten histologischen Untersuchung sich dahin unterschied, daß der Verdacht auf Carcinom nicht mehr ausgesprochen wurde. Von Tuberkulose oder Lupus war im histologischen Präparate nichts zu sehen, außerdem sprachen dagegen der etwas plethorische Zustand der Pat., die Anamnese und der negative interne Befund. Gegen Lues sprachen sowohl Anamnese, objektiver Befund, der negative Wassermann und das absolut negative Resultat einer 14tägigen Jodkur. Eine an der Klinik Wenckebach durchgeführte genaue Untersuchung des Blutes ergab „normalen Blutbefund". Einerseits wegen des gänzlichen Fehlschlagens jeder Therapie (Ätzungen mit Säuren, Kaustik, kurz- und langdauernde Tamponaden mit und ohne Coagulen, Calciumtherapie), andrerseits wegen des im ersten histologischen Befunde schon einmal ausgesprochenen Carcinomverdachtes resezierte ich ein zwanzighellergroßes Stück des knorpeligen Septums, so daß eine ebenso große Perforation daselbst zurückblieb. Die Blutung hörte aber trotzdem nicht auf, es blutete lange Zeit von der hinteren, oberen und unteren Peripherie des Perforationsrandes. Aber mit Hilfe der oben angeführten Behandlungsmethoden gelang es schließlich, die ursprünglich dicken, rauhen, stark blutenden Ränder der Perforation zur glatten Vernarbung zu bringen. Ja auch die unmittelbare Umgebung der Ränder hörte langsam zu bluten auf mit Ausnahme einer zirka kreuzergroßen Partie hinter dem hinteren Rande, die Sie, meine Herren, jetzt noch als etwas höckerige, wie mit kleinen Gefäßschlingen versehene Stelle sehen können. Eine Probeexcision aus dieser Stelle ergab wiederum nur den Befund „chronisch entzündliches Gewebe ohne spezifischen Charakter". Ich stehe also hier vor einem Rätsel, ich habe auch einen analogen Fall während meiner nunmehr 14jährigen Tätigkeit an der Klinik noch niemals

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beobachten können. Die Blutungen aus dieser letztgenannten Stelle trotzen so sehr jeder sonst erfolgreichen, gebräuchlichen Therapie, daß ich mich veranlaßt sehe, als letztes Mittel, das wahrscheinlich auch Erfolg haben wird, die Radiumbehandlung mit schwachen, gut filtrierten Dosen zu empfehlen. Über die Diagnose des Falles bin ich allerdings noch immer im unklaren. Ich werde seinerzeit über den Erfolg der Radiumbehandlung berichten.

Aussprache.

Hr. Glas bemerkt, daß es doch wohl auffallend wäre, daß diese schweren, fast unstillbaren Blutungen erst postoperativ aufgetreten sind, während früher kein Nasenbluten beobachtet worden ist. Dadurch sei die Annahme gerechtfertigt, daß eine leichte Verletzung der septalen Schleimhaut stattgefunden habe, welche diese intensiven Blutungen im Gefolge habe. Glas fragt an, ob der Vortragende Clauden zur Stillung der Blutung versucht habe, und berichtet über seine Erfahrungen mit diesem von Fischl in Prag erzeugten, die Blutgerinnung wesentlich fördernden Präparate (aus Lungengewebe hergestellt), das sich bei parenchymatösen Blutungen vielfach, einige Male sogar mehr als das Coagulen bewährt hat.

V. Hr. G. Hofer: **Histologisches zur Ozaenafrage.** Nach einem eingehenden Referate über die Arbeiten zur Histologie der menschlichen Ozaena von E. Fraenkel, Gottstein, Krause, Habermann, Schuchardt, Réthi, Cholewa und Cordes, Streit, Oppikofer wird auf die Befunde der Gewebsveränderungen bei experimenteller Ozaena eingegangen und entgegen den Befunden von Amersbach für die Histologie dieser experimentellen Ozaena Folgendes festgestellt:

1. Im Epithel: Dasselbe zeigt schon nach wenigen Tagen stellenweise Umwandlung des flimmernden Zylinderepithels in geschichtetes mit limitierenden Plattenzellen.

2. Die Mucosa weist Zeichen der Entzündung auf, bestehend in Rundzelleninfiltration mit Exsudatbildung sowie Anschoppung der Gefäße.

3. Submucosa: Das spärliche Vorkommen von Drüsen in der Schleimhaut des Kaninchens und das Fehlen der schleimbildenden Elemente entgegen dem Bau der menschlichen Muschelschleimhaut.

4. Knochen: Derselbe zeigt alle Veränderungen lakunärer Knochenresorption mit Bildung von Riesenzellen (Osteoklasten). Diese bilden sich bereits bei kurz dauernder Erkrankung der Tiere. Es scheint, daß gerade dieses junge Stadium für die Bildung der resorbierenden Riesenzellen das Optimale ist und daß diese in späterer Folge spärlicher werden. Daneben sieht man alle Formen der Resorption und Substitution des Knochens durch Bindegewebe.

Dieses Ergebnis bedeutet nichts anderes, als daß die histologischen Veränderungen bei der menschlichen Erkrankung der experimentell erzeugten beim Tiere durchaus gleichwertig sind, soweit die anatomischen Verhältnisse dies zulassen. Dieses Ergebnis ist daher nur danach angetan, die Ansicht über die ätiologische Bedeutung des Coccobacillus foetidus für die genuine Ozaena wesentlich zu stützen.

Aussprache.

Hr. M. Hajek: Die Polemik Hofers gegen die Befunde von Amersbach betrifft nur eine ganz spezielle histologische Frage der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ozaenaforschung, welche mit dem Problem der Ozaena nur mittelbar zusammenhängt. Amersbach fand bei der experimentell erzeugten Ozaena keine Osteoklasten, während Hofer dieselben selbst in den Präparaten Amerbachs vorfand, womit natürlich das Vorkommen von Osteoklasten erwiesen ist. Mit der Erledigung dieser Frage ist jedoch noch gar nichts über das Wesen der experimentell erzeugten Atrophie der Nasenmuschel erwiesen. Osteoklasten sind keine spezifische Eigentümlichkeit irgend einer ätiologisch sicheren Knochenatrophie. Die Osteoklasten können nicht nur bei verschiedenen atrophischen Vorgängen der Knochen, sondern selbst im Rahmen des physiologischen Knochenwachstums und, wie ich hinsichtlich der Siebbeinknochen schon vor 20 Jahren nachgewiesen habe, auch bei den hypertrophischen Vorgängen im Siebbeinknochen vorkommen. Ohne irgendwie der Lehre der von Perez und Hofer gefundenen ätiologischen Bedeutung des Perezschen Bacillus vorzugreifen, muß doch darauf hingewiesen werden, daß die experimentell erzeugte Knochenatrophie nach Verimpfung des Perezschen Bacillus doch nicht ohne weiteres mit der bei der menschlichen Ozaena vorgefundenen Atrophie identifiziert werden kann. Die Knochenatrophie bei der Ozaena des Menschen ist eine langsame, im Laufe der Jahre fast unmerklich vor sich gehende Erkrankung mit charakteristischen Erscheinungsformen seitens der Schleimhaut (fettige Degeneration der Drüsenzellen, Metaplasie des Epithels etc.), welche mit der akuten experimentellen Atrophie nur entfernte Analogie aufweist.

Mit der Histologie der Ozaena habe ich mich schon vor mehr als 25 Jahren intensiv befaßt, die Ergebnisse aber niemals publiziert, da dieselben nicht imstande waren, verläßliche Anhaltspunkte für die Pathogenese zu liefern. Nur als Ergänzung zu den ausführlichen Mitteilungen Hofers möchte ich einen Befund mitteilen, der in den beginnenden Fällen von Ozaena in der Schleimhaut zu sehen ist. In dem beginnenden Stadium, wo an der Schleimhaut makroskopisch noch keine tiefer greifenden Veränderungen zu konstatieren sind, sieht man mikroskopisch eine eigentümliche Proliferation des Oberflächenepithels. Die oberste Flimmerepithelschichte ist verloren gegangen und unter ihr entsteht eine exzessive Wucherung des kubischen Epithels bis zu 30 und 40 Schichten, von welchen nur die untersten, der Membrana propria der Schleimhaut aufliegenden Epithelien gut färbbar sind, während die oberflächlichen Schichten den Farbstoff nicht mehr annehmen, das heißt im Stadium des Absterbens sind. Aus diesen zahllosen abgestoßenen nekrotischen Epithelschichten bestehen größtenteils die charakteristischen Borken.

Es wäre doch von großem Interesse, zu erfahren, wie sich die bakteriologische Untersuchung in diesen Fällen gestaltet, da es sich doch hier um Anfänge der Ozaenaerkrankung handelt, welche reinere Befunde angeben müßten, als dies in den inveterierten Ozaenafällen möglich ist.

Hr. L. Réthi: Angesichts der weit vorgeschrittenen Zeit will ich mich kurz fassen. Zunächst weise ich neuerdings darauf hin, daß viele Autoren unter Ozaena auch jetzt noch oft von einander ganz verschiedene Krankheiten verstehen und daß dieser Umstand ganz besonders Mißverständnisse herbeizuführen geeignet ist. So werden als Ozaena insbesondere auch Fälle bezeichnet, die auf Syphilis zurückzuführen sind, Fälle mit Geschwürsbildung, Caries und Nekrose, und gerade der erste Forscher,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welcher auf Grund von histologischen Untersuchungen dem Wesen der Ozaena näher zu kommen versuchte, hat derartige Fälle zur Untersuchung herangezogen. Ist Tuberkulose oder Syphilis Ursache eines Nasenprozesses, einer Sequesterbildung oder eines atrophischen Nasenkatarrhs, so soll er als Tuberkulose, Syphilis etc. angesprochen werden, um so mehr, als der Fötor ein ganz anderer ist als bei der Ozaena. Ich möchte, wie ich dies wiederholt, insbesondere auch in der Wiener laryngologischen Gesellschaft auseinandergesetzt habe, nochmals hervorheben, daß ich unter Ozaena eine chronische Rhinitis verstehe, die mit einem spezifischen Fötor einhergeht, der für sich allein zur Erkennung und Charakterisierung der Krankheit hinreicht. So lange wir keinen genauen Einblick in das Wesen der Ozaena haben, müssen wir uns mit diesem hervorstechendsten Symptom begnügen. Denn die Atrophie allein charakterisiert die Ozaena n i c h t, da es atrophische Formen ohne spezifischen Fötor gibt; auch die Krustenbildung genügt zur Diagnose der Ozaena nicht, weil oft sehr reichliche Krustenbildung ohne Fötor vorhanden ist, und dann kennen wir auch hypertrophische Formen mit spezifischem Fötor. Es geht daher nicht an, von Ozaena zu sprechen, wenn kein spezifischer Geruch vorhanden ist.

Was die histologischen Untersuchungen betrifft, die ich vor Jahren ausgeführt habe, so beziehen sie sich auf Schleimhäute von Ozaenakranken, welche eine ausgesprochene Atrophie aufwiesen, nur in einem der untersuchten Fälle war Hypertrophie vorhanden. Das Epithel war in allen Fällen stark verändert, stellenweise abgestoßen, stellenweise verdickt, übereinandergeschichtet; es war vielfach auch Zylinderepithel vorhanden, zumeist jedoch kubisches und Plattenepithel, oft in mehreren Lagen übereinander, was bei den schweren Insulten seitens des festhaftenden borkigen Sekretes nicht verwunderlich ist, und an vielen Stellen Verhornung. Das subepitheliale Gewebe von Rundzellen reichlich durchsetzt, fettiger Zerfall der Infiltrationszellen, fettiger Detritus und in das Gewebe eingelagerte Zellkörnchen und Fettkugeln. Um die wenigen Azini ebenfalls reichliche Rundzelleninfiltration mit fettiger Degeneration, der Inhalt trüb infiltriert, die Ausführungsgänge hie und da mit getrübtem Epithel erfüllt. Die Gefäßwände verdickt, die Gefäßlumina verengt, von Schwellgewebe oft kaum Spuren in Form von schmalen Spalten zu sehen. Nur in dem Fall von Hypertrophie war das Schwellgewebe gut erhalten; da waren auch die Epithelveränderungen gering und sogar die Flimmerhaare sah man da vielfach gut erhalten, aber die Rundzelleninfiltration und die Erscheinungen der fettigen Degeneration waren sehr ausgesprochen. Einige Jahre später habe ich in einem Falle, in welchem die Keilbeinhöhle Sitz der Ozaena war, nach breiter Eröffnung der Höhle die Schleimhaut derselben untersucht und analoge, wenn auch weniger intensive Veränderungen der Schleimhaut gefunden, Metaplasie des Epithels, Zerfall der spärlichen Infiltrationszellen zu fettigem Detritus und in den wenigen Drüsen fettige Degeneration.

Ich habe damals die Ozaenafälle, um eine Art Umstimmung der Schleimhaut herbeizuführen, leicht kauterisiert sowie mit Chrom- oder Trichloressigsäure behandelt, es wurden oberflächliche, dünne Schorfe gesetzt und die tieferen Schichten nach Möglichkeit geschont. Nach dieser Behandlung blieb die Schleimhaut bis auf einen Fall, in dem sie hypertrophisch wurde, auch weiterhin dünn, atrophisch und das Sekret wurde

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

weniger eitrig; in den meisten dieser Fälle war der Fötor unverändert geblieben oder nur wenig geschwunden; er hielt insbesondere auch in dem Fall, in dem die Schleimhaut hypertrophisch wurde, weiter an und in allen diesen Fällen fanden sich nach neuerlicher Untersuchung von mehrere Wochen später excidierten Schleimhautstückchen dieselben Veränderungen vor wie vorher: Plattenepithel, Verhornung, fettige Degeneration und Gefäßveränderungen. In einigen wenigen Fällen jedoch war der Fötor ganz geschwunden und da ergab die neuerliche Untersuchung zwar dieselbe Epithelmetaplasie, dieselbe Rundzelleninfiltration und Gefäßveränderung wie vor der Behandlung, aber die Fettdegeneration, die Fettkörnchen und Fettkugeln fehlten vollständig.[1])

In den Veränderungen des Epithels konnte also das Wesen der Ozaena nicht gesucht werden; der Verlust des Flimmerepithels und die Umwandlung in kubisches und Plattenepithel sowie die Verhornung bedingen die Ozaena nicht, um so weniger, als der Grad des spezifischen Fötors zur Epithelmetaplasie nicht im Verhältnis stand; ebenso wenig ist die Rundzelleninfiltration oder die Atrophie entscheidend. Wir sind vielmehr zu der Annahme berechtigt, daß das Wesen der Ozaena in der fettigen Degeneration besteht, und es ist nun die Frage, ob, wie es den Anschein hat, diese Veränderungen eine Folge der Einwirkung des Coccobacillus foetidus von Perez sind, oder ob sie durch andere Momente bzw. Mikroorganismen hervorgerufen werden können. Es muß nämlich bemerkt werden, daß dem Coccobacillus, wie Perez angibt, in seinen Kulturen mitunter auch kein Fötor anhaftet.

Die Untersuchungen von Hofer bedeuten einen weiteren Schritt nach vorwärts in der Ozaenafrage; durch weitere, insbesondere auch experimentelle und histologische Untersuchungen wird es voraussichtlich gelingen, das Wesen der Ozaena zu klären und wir sind für jedes Detail, für jeden Baustein beim Aufbau der Ozaenafrage dankbar.

Hr. G. Hofer (Schlußwort): Meine Herren! Zu den Ausführungen des Herrn Prof. Hajek möchte ich bemerken, daß hier scheinbar ein kleines Mißverständnis vorliegt: Ich habe in meinen Ausführungen über die Histologie der experimentellen Ozaena eben nur dieses Moment berührt und damit zur Diskussion gestellt. Ich glaube, es würde zu weit führen, die ganze Ozaenafrage hier in Rede und Gegenrede aufzurollen. Ich bin Herrn Prof. Hajek sehr verbunden, daß er hier öffentlich erklärt, diese Untersuchungen über die Ozaena können einmal grundlegend werden, aber, meine Herren, das erscheint mir vorläufig nicht Hauptsache. Wogegen ich mich wende, ist lediglich der Umstand, daß die Ansicht über die ätiologische Bedeutung des fötiden Coccobacillus für die Ozaena noch immer an einzelnen Stellen so viel Mißtrauen erregt. Sollte eine plausiblere Erklärung für die Ursache dieser Erkrankung gefunden werden, so werde ich der erste sein, der von seiner gegenwärtigen Ansicht abläßt, aber ich bitte Sie, zu bedenken, daß alle diese unzähligen Theorien, welche über die Ozaena herrschen, rein spekulativen Charakter tragen, während wir für unsere Ansicht ins Treffen führen können:

---

[1]) In zwei durch elektrolytische Behandlung geheilten Fällen aus letzterer Zeit konnte ich dasselbe Verhalten feststellen, d. h. ein Schwinden der Fettdegeneration nach der Behandlung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. die bakteriologischen Tatsachen,
2. das Experiment,
3. die Histologie des Experiments, wie Sie eben gesehen haben,
4. Dauerresultate von Heilung unbeschadet des Umstandes, daß dieselben noch nicht in größerer Anzahl vorgeführt werden konnten.

Ich frage Sie da, meine Herren, ob es nicht klüger wäre, strittige Punkte aufzuklären, als sich über die Tatsachen einfach hinwegzusetzen, wie dies von einigen Seiten noch geschieht.

Einen Punkt möchte ich noch hervorheben: es ist nicht richtig, zu sagen, die Erkrankung beim Tiere ist nur eine akute. Perez verfolgte die experimentelle Erkrankung des Tieres über ein Jahr und ich selbst über 7 Monate. Meine Herren! Sie verlangen ja bei der experimentellen Tuberkulose des Tieres nicht diese Chronizität, trotzdem sie bei der menschlichen Erkrankung die Regel ist, ja eine große Anzahl von Patienten dieser ihrer Erkrankung gar nicht erliegen muß.

Wenn jemand behauptet, die Ozaena werde auch durch andere Bakterien hervorgerufen als den fötiden Coccobacillus, so werde ich, wenn ich dies auch nicht glaube, zunächst nicht widersprechen, weil der Gegenbeweis noch Lücken hat. Aber ich erachte es als unsinnig, aus der Tatsache, daß aus einer großen Anzahl von Bakterien da und dort ein Typus auch experimentelle Veränderungen der Kaninchenmuschel hervorruft, die Bedeutung des Coccobacillus zu negieren.

Hr. Kofler: Wie Sie, meine Herren, dem Vortrage Hofers entnehmen können, ist der histologische Teil der Ausführungen Amersbachs, der als wesentlicher Einwand gegen die Ansicht über die Ätiologie des fötiden Bacillus für die Ozaena gedacht war, mit einem Worte erledigt. Ich zweifle nicht, daß binnen kurzer Zeit, nachdem die therapeutischen Heilerfolge nun einmal da sind und wiederholt demonstriert wurden, auch die bakteriologische Seite der Frage, so weit sie von Amersbach und anderen Autoren angezweifelt wurde, in gleichem Sinne wird erledigt werden können. Aber ich frage Sie schon jetzt, was auf Grund der vorhandenen Ergebnisse noch alles wird gezeigt werden müssen, um die Allgemeinheit endlich zu überzeugen.

Hr. L. Réthi: Ich danke im Namen der laryngo-rhinologischen Gesellschaft Herrn Kollegen Hofer für den Vortrag und für seine wertvollen Ausführungen. Die nächste wissenschaftliche Versammlung, welcher die Hauptversammlung vorausgehen wird, dürfte am 5. II. stattfinden. Vorschläge zur Wahl von Mitgliedern der laryngo-rhinologischen Gesellschaft sind, von 3 Mitgliedern gefertigt, 2 Wochen vor der Hauptversammlung dem Präsidium zu übermitteln.

Hauptversammlung vom 7. Februar 1919.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. M. Hajek.
Schriftführer: Hr. K. Kofler.

Der Vorsitzende begrüßt die Herren L. Hofbauer und Bauer als Gäste und gibt bekannt, daß heute die Neuwahl der Funktionäre der Gesellschaft stattzufinden habe, wozu die Anwesenheit von zwei Drittel der ordentlichen Mitglieder notwendig ist. Da dies nicht der Fall ist,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird eine Stunde später eine neue Hauptversammlung einberufen werden, die laut Statuten ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder beschlußfähig ist.

Wissenschaftliche Sitzung.

A. Vortrag.

Hr. L. Hofbauer (als Gast): **Pathologische Beziehungen zwischen oberen Luftwegen und Brustorganen.** Auf diesem Grenzgebiet der inneren Medizin und Rhino-Laryngologie sind alle möglichen Zusammenhänge einesteils schon behauptet, andrerseits so energisch geleugnet worden, daß schon die Frage: „Gibt es überhaupt einen Zusammenhang?“ systematische Bearbeitung verdient. Selbst die anscheinend durch klinische Beobachtung festgestellten Beziehungen zwischen Erkrankungen der obersten Luftwege einerseits und Asthma, Tuberkulose und Atelektase der Lunge andrerseits sind bezüglich ihrer theoretischen Grundlagen noch auf sehr unsicheren Fundamenten aufgebaut. Als Beispiel dieser Art sei die Spitzenatelektase der Mundatmer erwähnt, welche als durch Staubinhalation bedingt angesehen wurde, bis Vortr. ihre Entstehung auf rein funktionellem Wege erweisen konnte. Die Unmöglichkeit einer Erklärung all der durch Alteration der oberen Luftwege ausgelösten Erkrankungen der Brustorgane auf anatomischer resp. reflektorischer Basis ist wohl als Ursache dafür anzusehen, wenn man auf „dispositionelle“ und „konstitutionelle“ Ursachen pathogenetisch zurückgriff!

Nun lassen sich aber an die Stelle dieser vagen, unkonzisen Vorstellungen ebenso wie bei Spitzenatelektase auch für die übrigen hier in Betracht kommenden Erkrankungen der Thoraxorgane gut definierbare, klinisch sowohl als experimentell nachweisbare Alterationen pathologisch-funktioneller Natur setzen, wenn man systematisch zunächst die Konstanz der angenommenen Zusammenhänge prüft, die hiedurch als feststehend erwiesenen unter dem Gesichtswinkel der gestörten respiratorischen Funktion als pathogenetischem Faktor klinisch sowohl als experimentell analysiert, wobei sich alle bis dahin bestandenen Schwierigkeiten ungezwungen beheben lassen.

Als Beweis für die Richtigkeit dieser Deduktionen ergibt sich das restlose Verschwinden der festgestellten Krankheitserscheinungen bei Wiederherstellung der physiologischen funktionellen Verhältnisse, soweit nicht etwa durch das vorausgegangene Stadium der funktionellen Verschiebung anatomische Veränderungen schon Platz gegriffen haben. Als Beispiel dieser letzteren Art sei die Peribronchitis und Schwellung der Hilusdrüsen speziell erwähnt, welche oft in Form radiologisch nachweisbarer Verdichtung trotz Wiederherstellung des normalen Atemmechanismus und konsekutiver Befreiung von den funktionellen Beschwerden (asthmatische Anfälle) bestehen bleiben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, auf die Freimachung des Atemweges die entsprechende Wiedererziehung zu physiologisch richtiger Art des Atemholens folgen zu lassen.

Die ausführliche Veröffentlichung des zugrunde liegenden klinischen und experimentellen Materials erfolgt an geeigneter Stelle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussprache.

Hr. Hanszel frägt an, womit der Vortragende die Tatsache erklären kann, daß viele Asthmatiker in gewissen Höhenlagen und bei Klima- und Ortswechsel vollständig asthmafrei sind, wobei es doch nicht anzunehmen ist, daß diese Pat. gerade dann durch die Nase atmen und nicht durch den Mund.

Hr. M. Weil: Ich will es vermeiden, eine Diskussion über Asthma zu entfesseln — die würde endlos werden —, sondern möchte nur fragen, welche Befunde der Vortragende bei gleichzeitig vorhandener Ozaena, wo ja die Nase erweitert ist, feststellen konnte.

Hr. G. Heindl: Bericht nicht eingelangt.

Hr. L. Réthi: Ich möchte nur zu der von dem Herrn Vortragenden aufgeworfenen Frage nach dem Zusammenhange zwischen Nasenerkrankungen und Asthma Stellung nehmen und schicke voraus, daß für mich an einem Zusammenhang kein Zweifel besteht. In diesen Fällen treten die Atembeschwerden mitunter namentlich tagsüber in den Hintergrund und das Krankheitsbild wird von der Bronchitis beherrscht. Die Erscheinungen der Bronchitis treten einmal zugleich mit der Rhinitis auf, ein anderes Mal geht kurze Zeit hindurch Kriebeln und Ziehen in der Nase voraus. Die Bronchitis wird nicht selten chronisch und auch halbseitige Bronchitiden kommen vor, wie ich solche ebenfalls vor Jahren beschrieben habe.

Zuweilen sistieren die Erscheinungen der Bronchitis ganz unvermittelt, gerade wenn der Schnupfen heftig exazerbiert und die Nasenstenose eine vollständige wird; erst bis die Nase allmählich frei wird, tritt wieder Husten, Rasseln, Giemen, Schnurren und Dyspnoe auf. Ähnliches sehen wir auch bei Nasenpolypen; so lange sie klein sind, verursachen sie, vielleicht weil sie durch ihre Lageveränderung die Nasenschleimhaut mehr zerren und reizen, eher Asthma, als wenn sie die Nase vollständig ausfüllen; das Asthma schwindet dann wieder, wenn die Polypen, später festgeklemmt, immer in derselben Position verbleiben.

Ein anderes Mal treten in diesen Fällen vikarijerende Erscheinungen für die Bronchitis auf, so z. B. Migräne, Schwindel, Herzklopfen u. dgl. Nicht selten verschwindet das Asthma beim Wechsel des Aufenthaltsortes. Wir sehen nicht selten, daß solche Asthmatiker, wenn sie das Weichbild der Stadt verlassen und nur wenige Kilometer weit gefahren sind, ihre Atemnot verlieren. Mitunter haben diese Pat. draußen am Lande Asthma und verlieren es, wenn sie in weniger reine Luft, etwa in eine größere Stadt kommen. Kehren solche Pat. oft nach längerer Zeit, nach Monaten, in ihren früheren Aufenthaltsort zurück, so stellen sich Bronchitis und Asthma mit einem Schlage wieder ein. Bei längerem Bestande der Erkrankung kommt es dann auch zu Emphysem, das sich nicht mehr zurückbildet.

Der Beweis, daß zwischen Nase und Asthma ein Zusammenhang besteht, wird erbracht, wenn die Nasenbehandlung von Erfolg begleitet war. Wir sind im Lauf der Jahre zu der Erkenntnis gekommen, daß das Asthma von der Nase aus viel seltener ausgelöst wird, wie früher angenommen. Ferner hat sich gezeigt, daß die Annahme, es hänge eine bestimmte nervöse Erscheinung mit einer bestimmten Stelle in der Nase zusammen, nicht zu Recht besteht. Man sieht das Asthma gelegentlich ebenso schwinden, wenn Veränderungen der unteren Muschel beseitigt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden, wie wenn sie an der mittleren Muschel ihren Sitz hatten, ebenso kann die Behandlung erfolgreich sein, wenn es sich um Veränderungen des vorderen oder des hinteren Muschelendes handelt, und ich habe Fälle gesehen und veröffentlicht, in denen bei halbseitiger Bronchitis die Beseitigung von Veränderungen derselben sowohl, wie auch der kontralateralen Nasenhälfte Heilung brachte. Schließlich will ich erwähnen, daß die Cocainprobe in manchen Fällen, in denen die Nase keine Veränderungen aufweist, gelegentlich auch positiv ausfällt und in denen tatsächlich eine Oberflächenätzung und eine Narbe Heilung herbeizuführen vermag. Ob es sich in diesen Fällen etwa um geringfügige, mit freiem Auge nicht sichtbare Veränderungen gehandelt hat, ist schwer festzustellen. Durch eine solche Narbe kann also eine günstige Fernwirkung erfolgen, auch wenn das Asthma gar nicht in der Nase seinen Ursprung hatte.[1])

Hr. Bauer: Bericht nicht eingelangt.

Hr. J. Fein will nicht über das Thema Nase und Asthma und auch nicht über die vorgezeigten anatomischen Befunde sprechen. Er glaubt nur einen Punkt aus den Ausführungen des Vortragenden hervorheben zu müssen, weil dieser gerade in der laryngo-rhinologischen Gesellschaft nicht unwidersprochen bleiben darf. Der Vortragende hat uns Rhinologen den Rat erteilt, bei der Therapie des nasalen Asthmas uns nicht nur mit der Freimachung der Nase zu begnügen, sondern auch die Funktion der Nase wieder herzustellen. Der Vortragende ist im Irrtum, wenn er glaubt, daß der Rhinologe bisher seine Aufgabe mit der anatomischen Wegbarmachung der Nase für beendigt gehalten hat. Selbstverständlich haben wir uns auch bisher nach dem operativen Teil der Behandlung um die Funktion der Nase wesentlich gekümmert und den Pat. gelehrt, wie er nun durch die Nase zu atmen hat. In allen Lehrbüchern ist es nachzulesen, daß das Hauptgewicht nach durchgeführter Operation, z. B. nach der Abtragung der adenoiden Vegetationen, auf die nachfolgenden Atemübungen, die sowohl die Inspiration als die Exspiration betreffen, gelegt werden muß.

Hr. H. Neumann: Herr Kollege Hofbauer hat hier Fälle von Bronchialasthma besprochen, denen ein pathologisch-anatomisches Substrat zugrunde liegt, das er an bezüglichen Röntgenbildern demonstrieren konnte. Wenn aber im weiteren, wie die Diskussion zeigt, vom Bronchialasthma im allgemeinen gesprochen wird, möchte ich erwähnen, daß bei der überwiegenden Zahl von Fällen des essentiellen Asthma bronchiale jede Therapie sowohl des Internisten als des Rhino-Laryngologen vollständig versagt. Das deshalb, weil die Ätiologie dieser Fälle im Psychischen wurzelt. Sie sind nur einer psychischen, und zwar vornehmlich

[1]) Es gibt Fälle, in denen bei Cocainisierung ganz verschiedener Nasenstellen das Asthma schwindet, und ich sah Fälle, in denen eine Stelle nach der anderen operiert wurde, jedesmal mit vorübergehendem Erfolg von einigen Tagen. Das Asthma kehrte immer wieder und erst der Wechsel des Aufenthaltsortes brachte schließlich Heilung. Daß es nicht angeht, da immer von Suggestion zu sprechen, geht auch daraus hervor, daß viele Pat. lediglich wegen ihrer Nase den Arzt aufsuchen, bei der rhinoskopischen Untersuchung von ihrer Bronchitis gar keine Erwähnung tun, da ihnen von der Möglichkeit eines derartigen Zusammenhanges gar nichts bekannt ist, und erst nach Entfernung der vorhandenen Polypen, Wucherungen u. dgl. von dem gleichzeitigen Verschwinden ihres Asthmas erzählen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der psychoanalytischen Freudschen Behandlungsweise zugänglich. Ich möchte nun den Herrn Vortragenden fragen, ob er der Ansicht ist, daß seine auf der Ätiologie direkter Vagusreizung aufgebaute Therapie auch für diese Fälle gilt und diese Behandlungsart zu ersetzen geeignet ist.

Hr. Tschiassny erinnert an den von ihm vor mehreren Jahren vorgestellten Fall einer an Asthma leidenden Pat., bei welcher die Untersuchung nebst einem kleinen Nasenpolypen auch eine chronische Tonsillitis zeigte. Tschiassny nahm damals zuerst die Enukleation der beiden Mandeln vor, in der Absicht, später auch den Polypen zu entfernen. Unmittelbar nach der Mandeloperation verschwanden jedoch die Asthmaanfälle, weshalb die Pat. den zweiten Eingriff als überflüssig ablehnte.

Der Fall zeige, welch große Bedeutung der neuropathischen Komponente in der Ätiologie des Asthma beizumessen sei.

Schlußwort des Vortragenden wird auf die nächste Sitzung verschoben.

B. Demonstrationen.

I. Hr. Feuchtinger: **Extraktion eines Fremdkörpers mit Hilfe der Hypopharyngoskopie.** (Bericht nicht eingelangt.)

Aussprache.

Hr. E. Glas berichtet über eine von ihm auf hypopharyngoskopischem Wege aus dem Sinus pyriformis entfernte Goldkrone, die zufälligerweise in dieses Gebiet hineingelangt war. Die Entfernung gelang leicht. Im übrigen betont Glas, daß ein Pinseln bei locker sitzendem Fremdkörper unbedingt zu widerraten sei; in solchen Fällen erscheint die Instillation einer 10%igen Cocainlösung angezeigt, da selbstverständlich sehr leicht Verschiebungen und Versenkungen des Fremdkörpers durch die Cocainpinselung zustande kommen können.

Hr. M. Hajek: Bericht nicht eingelangt.

Hr. K. Kofler: Ich habe in der Sitzung dieser Gesellschaft vom 10. IV. v. J. über die Entfernung einer Nähnadel aus dem Hypopharynx mittelst der v. Eickenschen Hypopharyngoskopie berichtet. Ich möchte entschieden, natürlich in speziellen Fällen, diese Methode der Fremdkörperentfernung aus dem Hypopharynx derjenigen mittelst der direkten Hypopharyngoskopie vorziehen und sie Ihnen, meine Herren, wärmstens empfehlen. Diese Nähnadel z. B., die bei der Laryngoskopie absolut nicht zu sehen war, stand mit ihrem Öhr nur $^1/_2$ *cm* weit aus dem etwas ödematös geschwollenen Aryknorpel hervor. Wie leicht hätte es da geschehen können, daß durch das geringste unvorsichtige Vorgehen bei der direkten Hypopharyngoskopie, ja vielleicht selbst nur durch stärkeres Pinseln des Hypopharynx mit Cocain-Adrenalin die Nadel im Gewebe hätte verschwinden und weiterhin vielleicht schwere Gefahren nach sich ziehen können. Ich übergab damals den Kehlkopfspiegel einer Pflegerin zum Halten, zog mit der linken Hand den Larynx stark nach vorne und entfernte mit der rechten Hand mittelst einer gewöhnlichen Larynxpinzette spielend leicht die Nadel aus dem Hypopharynx. Meines Wissens war dies, wie ich schon damals erwähnte, der erste Fall einer derartigen Fremdkörperextraktion.

II. Hr. G. Hofer: **Inokulationscarcinom des Larynx.** Der Pat. war mit Schluckbeschwerden an der Klinik erschienen. Die Untersuchung hatte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein dickes, an der Oberfläche mäßig exulzeriertes Infiltrat des rechten weichen Gaumens ergeben, das als Carcinom angesprochen wurde. Der Larynxbefund zeigte aber einen zweiten Tumor am rechten Stimmband mit mächtiger Schwellung des rechten Aryknorpels und Fixation der rechten Larynxseite. Die histologische Untersuchung ergab für beide Tumoren Plattenepithelcarcinom, verhornend. Es handelt sich in dem Fall um eine doppelte Möglichkeit. Der Larynxtumor kann eine Metastase des Tumors im Munde sein oder es kann der eine durch Inokulation aus dem anderen entstanden sein. Bei dem hohen Alter des Pat., 72 Jahre, wird eine radikale Therapie kaum mehr in Frage kommen.

Aussprache.

Hr. L. Réthi erwähnt insbesondere einen Fall, den er längere Zeit hindurch zusammen mit dem verstorbenen Hofrat v. Chiari beobachtet hat. Es waren papillomatöse Massen an beiden Stimmbändern an zwei weit voneinander entfernten Stellen während der jahrelangen Beobachtung auf katarrhalisch entzündetem Boden entstanden, und zwar auf einer Seite am Stimmband hinten in der Gegend des Proc. vocalis, auf der anderen zwischen dem vorderen und mittleren Drittel. Die dazwischen liegenden Partien waren um diese Zeit gesund, die Bewegung der Aryknorpel frei und dennoch handelte es sich um Carcinom. Bei multiplem Auftreten einer Neubildung ist also Vorsicht geboten; das diskrete Auftreten von papillomatösen Tumoren an weit auseinander liegenden Stellen ist noch nicht mit Sicherheit als Symptom der Gutartigkeit zu werten.

Hr. M. Weil: Ich habe vor mehreren Jahren hier zwei von einem alten Mann stammende Präparate demonstriert (Sitzungen vom 7. V. 1913 und vom 3. VI. 1914), einen bohnengroßen Tumor des Larynx und eine 2 Jahre später operativ entfernte pflaumengroße Geschwulst, die an der Rückseite der Uvula saß. Beide waren Leiomyome — eine große Seltenheit in dieser Gegend. Da konnte weder von Inokulation noch von Metastase die Rede sein, sondern nur von einer Disposition der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut dieses Mannes zu einer besonderen Geschwulstbildung.

Hr. G. Hofer (Schlußwort): Erinnert sich eines Falles von Lippencarcinom, das er als Operateur v. Eiselsbergs operierte. Bei dem Falle trat 2 Monate nach der Operation ein Tumor im Oesophagus auf, der so rasch wuchs, daß er nach dieser kurzen Zeit dem Pat. schon Schluckbeschwerden verursachte. Der histologische Befund ergab in diesem Falle Basalzellencarcinom entsprechend dem Tumor an der Lippe. Hier scheint der Befund für eine Abhängigkeit des Oesophagustumors von dem Lippencarcinom zu sprechen. Die Fälle von solchen multiplen Krebsen an den Schleimhäuten sind selten.

Administrative Sitzung.

1. Bericht des Sekretärs.

Hr. J. Fein: Das traurigste Ereignis des abgelaufenen Jahres bildet der Tod des hochverehrten Präsidenten unserer Gesellschaft, des Herrn Hofrat Prof. Dr. Ottokar Freiherr v. Chiari, welchen am 12. V. 1918 mitten in voller Gesundheit und Tatkraft ein rascher Tod dahinraffte. Was die Wissenschaft, was seine Kollegen und Schüler und was unsere

Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Gesellschaft an ihm verloren hat, haben die ergreifenden Reden unseres Vizepräsidenten Herrn Prof. Dr. Wilhelm Roth und des Herrn Prof. Dr. Leopold Harmer in der Trauersitzung am 22. V. 1918 zum Ausdrucke gebracht. An dem Begräbnisse des Präsidenten haben sich die Mitglieder der Gesellschaft korporativ beteiligt und am Grabe hat Herr Prof. Dr. Wilhelm Roth im Namen der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft teilnahmsvolle Abschiedsworte gesprochen und einen Kranz niedergelegt. Es wird eine lange Zeit erfordern, bis die Gesellschaft den schweren Verlust, den sie durch den Heimgang ihres Präsidenten erlitten hat, überwunden haben wird.

Unsere Gesellschaft hat noch einen zweiten Verlust erlitten. Am 9. VII. 1918 ist unser verehrtes Mitglied Herr Prof. Dr. Hans Koschier nach langem Leiden verschieden. Auch ihm wird die Gesellschaft stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Außerdem starben: unser korrespondierendes Mitglied Hofrat Prof. Dr. Pieniázek in Krakau, ferner die ordentlichen Mitglieder Prof. Dr. Ottokar Frankenberger in Prag und Dr. Rudolf Landesberg in Wien. Ihrer aller wollen wir auch in Zukunft ehrenvoll gedenken.

Mit dem Ende des Krieges sind nun auch wieder alle jene Mitglieder, die im Felde gewesen sind, heil heimgekehrt, nur Dr. Fritz Hutter ist noch immer nicht aus der russischen Kriegsgefangenschaft zurückgekehrt.

Die Zahl der Mitglieder der Gesellschaft ist derzeit mit Rücksicht auf die ungewöhnliche Lage nicht genau feststellbar, auch wird nach Klärung der politischen Verhältnisse mit dem Austritte einiger ordentlicher Mitglieder gerechnet werden müssen. Diese Zahl wird voraussichtlich nicht sehr groß sein, da nach § 6 der Statuten ordentliche Mitglieder, welche die „österreichischen Kronländer" dauernd verlassen, über ihr Ersuchen von der ordentlichen Hauptversammlung als auswärtige Mitglieder anerkannt werden können. Wir werden im Verlaufe des Jahres diesbezügliche Anfragen an alle Mitglieder richten und bei dieser Gelegenheit auch um die Zahlung der restlichen Mitgliederbeiträge ersuchen.

Es fanden vier wissenschaftliche Sitzungen statt, in welchen 30 Demonstrationen abgehalten wurden. An diesen beteiligten sich Hr. Glas und Hr. Hofer (als Gast) mit je 7, Hr. Kofler mit 6, Hr. O. Mayer mit 3, Hr. Hanszel, Hr. Heindl und Hr. Seemann (als Gast) mit je 2 und Hr. Menzel mit 1 Demonstration. Ferner hielt Hr. v. Chiari Nachrufe für die verstorbenen, um unser Spezialfach so verdienten Männer Maximilian Bresgen in Wiesbaden, Ferdinand Massei in Neapel, Heinrich Ziem in Danzig und Friedrich Ganghofner in Prag.

Als Funktionäre wurden in der Hauptversammlung gewählt: Präsident Hr. v. Chiari, Vizepräsident Hr. Wilhelm Roth, Sekretär Hr. Fein, Ökonom Hr. Hanszel, Bibliothekar Hr. Marschik, Schriftführer Hr. Kofler, Vorsitzende Hr. Grossmann, Hr. Heindl und Hr. Hajek.

Endlich erlaube ich mir mitzuteilen, daß der Herausgeber der „Wiener klinischen Wochenschrift", Hr. Prof. Dr. Alex. Fraenkel und der Herausgeber der Beilage der „Medizinischen Klinik", Hr. Priv.-Doz. Dr. Anton Bum sich bereit erklärt haben, kurze Sitzungsberichte der Gesellschaft in ihren Zeitschriften zu veröffentlichen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Bericht des Ökonomen Herrn F. Hanszel.

3. Bericht des Bibliothekars.

Hr. Marschik: Meine Herren! So viel ich aus den Mitteilungen des Herrn Kofler, dem ich während meiner Felddienstleistung die Agenden übergeben hatte, entnehme, sind der Bibliothek der Gesellschaft während der Kriegszeit keine neuen Stücke zugewachsen, abgesehen von dem Vermächtnis des verstorbenen Chefs der Klinik Hofrat Freiherrn v. Chiari, der der Gesellschaft seine reichhaltige Sammlung an Separatabdrücken geschenkt hat. Mit Rücksicht auf den Umstand, daß diese Sammlung derzeit noch gesichtet und katalogisiert wird, möchte ich von einer Antragstellung heute noch absehen. Ich erinnere ferner an die vor dem Kriege zustande gekommene Kommission zur Ausgestaltung der Bibliothek der Gesellschaft und Erstellung eines eigenen Lese- und Arbeitsraumes für die Gesellschaftsmitglieder, deren Arbeiten durch den Kriegsausbruch unterbrochen wurden und deren weiteren Ergebnissen ich die entsprechende Antragstellung anheimstellen möchte. Ich möchte noch berichten, daß jetzt ein anderes, bequemeres Bibliothekslokal zur Verfügung stehen wird, wozu der Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Hofrat Meder die Beistellung von zweckmäßigen Möbeln in Aussicht gestellt hat. Nach Fertigstellung der Katalogisierung und Einrichtung wird der Gesellschaft eine entsprechende Mitteilung zugehen. Die klinische Bibliothek hat gleichfalls durch das munifizente Geschenk der gesamten Privatbibliothek des verewigten Präsidenten eine außerordentliche Bereicherung erfahren und wird ebenso seinerzeit den Gesellschaftsmitgliedern zur Verfügung stehen.

Der Vorsitzende spricht den drei Funktionären den Dank der Gesellschaft aus.

4. Neuwahl.

Zu ordentlichen Mitgliedern werden gewählt die Herren: R. Feuchtinger, S. Gatscher, G. Hofer, J. Kraus, E. Ruttin und M. Seemann.

Als Funktionäre gehen aus der Wahl hervor: Präsident Hr. K. Menzel, Bibliothekar Hr. Marschik, Vorsitzende die Herren L. Réthi und L. Harmer, Schriftführer die Herren Feuchtinger, Hofer, Kraus.

5. Eventualia.

Hr. Marschik beantragt, einen Stenographen als zweiten Schriftführer zu den Sitzungen zu bestellen. (Wird abgelehnt.)

Hr. Marschik beantragt, mit der Otologischen Gesellschaft gemeinsame Sitzungen abzuhalten.

Über Antrag des Vorsitzenden wird ein Komitee, bestehend aus den Herren Roth, Fein, Marschik und Kofler gewählt, welches in der nächsten Sitzung darüber zu berichten hat.

Hr. H. Stern gibt die Anregung, es mögen Schritte unternommen werden, um die abseits stehenden Kollegen für die Arbeit in der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft zu interessieren. Der Vorsitzende sagt zu, daß er die Anregung dem Präsidium übermitteln werde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bücherbesprechungen.

Die menschliche Stimme und ihre Hygiene. Von Prof. Dr. P. H. Gerber, Königsberg. Dritte Auflage. Verlag von B. G. Teubner in Leipzig und Berlin. 1918.

Verfasser bespricht zunächst vom physikalischen Standpunkte das Hören, die Entstehung des Schalls, Tonhöhe und Tonstärke und schließlich die Klangfarbe. Der zweite Abschnitt ist dem menschlichen Kehlkopf und dessen benachbarten Organen gewidmet. In überaus interessanter Weise wird im Folgenden die Stimmbildung sowie die Registerfrage behandelt, wobei je ein Abschnitt der Atmung, dem Stimmeinsatz sowie der Resonanz gewidmet ist. Gerber wendet sich dann weiter der Sprache sowie deren wichtigsten Störungen (Stottern, Stammeln, Näseln etc.) zu und bespricht auch kurz die Therapie derselben. Es folgt der fünfte Abschnitt: Die Störungen der Stimme, wobei der Verfasser insbesonders jene Affektionen in den Kreis seiner Betrachtung zieht, die auf Basis der Neurasthenie und Hysterie auftreten. Im Anschlusse daran finden alle jene Stimmkrankheiten eine eingehendere Würdigung, die 1. durch Mißbrauch der Stimme, 2. durch Erkältungskrankheiten und 3. durch chronische, aber nicht konstitutionelle Affektionen hervorgerufen werden. In diesem Kapitel behandelt der Verfasser ausführlich und überaus lichtvoll die Frage des Unterrichtsbeginnes, der Übungsdauer sowie die Unterrichtsprinzipien. Die Arbeit beschließt die Prophylaxe der Stimmkrankheiten, zwölf instruktive Gesundheitsregeln für Sänger und Redner sowie ein recht ausführliches Literaturverzeichnis. Wenn ich an dem Werkchen was ausstellen sollte, so wäre es nur das eine, daß die Reihenfolge der besprochenen Kapitel mir nicht ganz rationell angeordnet erscheint, insbesonders würde es wünschenswert erscheinen, das Kapitel Stimme nicht durch den Abschnitt über die Sprache unterbrechen zu lassen, ein Umstand, der bei einer nächsten Auflage vielleicht Beachtung finden wird. Im übrigen könnte ich für die Arbeit nichts anderes finden als Worte des Lobes. In bescheidener Weise weist Gerber in seinem Vorworte dahin, daß die kleine Schrift nur in die Materie einführen will. Dieser Aufgabe wird sie vollkommen gerecht; wir dürfen aber auch noch das hinzufügen: Auch für denjenigen, der sich mit dieser Spezialdisziplin beschäftigt, insbesonders aber für den Laryngo-Rhinologen, bringt das Werkchen, das übrigens in einem fließenden und anregenden Stil geschrieben ist, viel lesenswertes und manches Goldkörnchen der Belehrung, so daß es deshalb weitesten Fachgenossenkreisen zum Studium aufs wärmste empfohlen sei. Dr. Hugo Stern.

Referate.

I. Allgemeines.

Über die Therapie der Tuberkulose der oberen Luftwege. Von Prof. Dr. A. Onodi. Budapest. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 101. H. 3. 1917.)

Einleitend wird in ausführlichen statistischen Angaben die schwere Frage der medikamentösen, physikalischen, spezifischen und chirurgischen Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege beleuchtet. Als souveräne

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behandlung wird die Unterbringung der Kranken in Lungenheilanstalten resp. Volkssanatorien angesehen. Es werden nun vom Verfasser Vorschläge für die Organisation der Volkssanatorien gemacht. Jede Anstalt soll einen ausgebildeten Spezialisten besitzen, das chirurgische Material der zerstreuten Anstalten soll in einem chirurgischen Zentrum zusammengefaßt werden, wo die des näheren geschilderten Operationen bei tuberkulösen Veränderungen der oberen Luftwege vorgenommen werden sollen. Für den Wirkungskreis des chirurgischen Zentrums werden die Indikationen in drei Hauptpunkte zusammengefaßt. Leidler.

Erfahrungen über die Strahlenbehandlung der menschlichen Lungentuberkulose. Von A. Bacmeister. (Zschr. f. Tbc. 27. S. 108.)

Bacmeister und Küpferle haben auf Grund von Tierversuchen (D. m. W. 1913. Nr. 33) gezeigt, daß durch gefilterte, harte Röntgenstrahlen das tuberkulöse Granulationsgewebe in der Lunge zerstört und durch narbiges Bindegewebe ersetzt wird. Bacmeister wendet eine kombinierte Quarzlicht-Röntgenbestrahlung an. Dem Quarzlicht ist eine spezifische Wirkung auf die Lungentuberkulose nicht zuzusprechen, doch fand sich meist ein sehr guter, allgemeiner Einfluß durch die Bestrahlung mit der künstlichen Höhensonne. Zum Teil führt Bacmeister die guten Erfolge dieser Bestrahlung auf die Entlastung der Lungen durch die starke und anhaltende Hyperämisierung der Haut, die zu einer Abschwellung der Schleimhaut im Bronchialsystem führt, zurück, namentlich bei allen Formen des trockenen Katarrhs und des Stauungskatarrhs. Daneben ist aber eine Allgemeinwirkung, eine Beeinflussung der immunisatorischen Schutzkräfte des Körpers wahrscheinlich. Die Aufgabe der Röntgenbestrahlungen ist es, Narben hervorzurufen aus proliferierendem Gewebe und damit ergeben sich die Grenzen des Verfahrens von selbst. Die Röntgenbestrahlung der Lungentuberkulose soll nur im Rahmen einer allgemeinen Kur und unter genauester Kontrolle des Kranken vorgenommen werden. Auf alle Fälle warnt Bacmeister vor zu raschen und energischen Bestrahlungen bei strenger Individualisierung. Bacmeister verwendet zuerst 6 Quarzlichtbestrahlungen — vorn und hinten je eine Lampe —, Zeitraum etwa 14 Tage, daran schließt sich die Röntgenfelderbestrahlung (Reaktionspausen von 3—8 Tagen sind einzuhalten), das Ganze wird mit 6 Quarzlichtdoppelbestrahlungen geschlossen. — Kontraindiziert ist die Röntgenbestrahlung bei allen akut progredienten und akut destruierend verlaufenden Fällen, bei ausgedehnt akut disseminiert verlaufenden und allen käsig-exsudativen Formen. Geeignet sind alle Fälle der stationär und langsam progredienten Tuberkulose, auch mit leichten Zerfallserscheinungen. Dringend zu raten ist die Bestrahlung der Pneumothoraxfälle und als Nachbehandlung der Thorakoplastik. Die

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Erfolge der kombinierten Lichttherapie, besonders bei torpiden Fällen, sind gut. Die systematischen, zum größten Teil aus der Freiburger med. Klinik stammenden Arbeiten Bacmeisters über experimentelle Wirkung der Röntgenstrahlen bei Tuberkulose und Behandlung der menschlichen Lungentuberkulose mit Röntgenstrahlen mögen zwecks weiteren Ausbaues der Lichttherapie der Tuberkulose die ihnen zukommende Beachtung finden. Vollbracht, Wien.

Notizen.

Acta otolaryngologica. 1. Bd. H. 2 u. 3. Inhalt: J. Möller: Un cas de papules syphilitiques en Tympano. — H. Gertz: Zur Kenntnis der Labyrinthfunktion. — R. Lund: Les hyperkeratoses et les cartilages tonsillaires. — G. Holmgren: Ear diseases and Lumbar Puncture III. — J. Möller: Über Tracheitis. — J. Möller: A Case of Primary Cholesteatoma complicated by an Acute Otitis. — A. Hovfendahl: Einige Studien über die nasalen Reflexneurosen. — F. Leegard: On Cerebral Abscesses of the Frontal Lobe issuing from the frontal Sinus. — H. I. Schousboe: Ein Fall von sehr großer Larynxcyste. — C. E. Benjamins: Pneumosinus frontalis dilatans. — Articles résumés par le auteurs eux-mêmes: S. E. Henschen: On the Hearing-Sphere. — H. Nordlund: The Significance of the Form of the Face, more especially the Height of the Palate, as regards the Origin of Chronic Otitis. — S. H. Mygind: Traumatic Vestibular Diseases. — S. H. Mygind: Vestibular Examinations in Normal Individuals. — I. Syk: Zur Kenntnis der Morphogenese der mittleren und äußeren Gehörsphären bei Amniota. — Thérapeutique pratique. — Sociétés Svantes.

Personalien.

Ernannt: Der Titularprofessor für Ohrenheilkunde an der Wiener Universität Priv.-Doz. Dr. Heinrich Neumann zum außerordentlichen Professor für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten und zum Vorstand der Ohrenklinik in Wien. — Priv.-Doz. Dr. Oppikofer, Oberarzt der laryngologischen Universitätsklinik in Basel, und Priv.-Doz. Dr. Otto Mayer (Oto-Rhino-Laryngologie) in Wien zum außerordentlichen Professor.

Verliehen: Dem Priv.-Doz. an der Heidelberger medizinischen Fakultät Dr. Karl Beck (Oto-Rhino-Laryngologie) der Titel eines außerordentlichen Professors.

Habilitiert: Dr. Walter Klestadt, Assistent an der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Breslau, mit dem Vortrage: „Über Therapie der Rekurrenslähmungen".

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Seite

Dr. Siegfried Gatscher-Wien: Über Funktionsstörungen nach verheilten Halsschüssen 209

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sitzungen vom 4. Dezember 1918 und 8. Jänner 1919 und Hauptversammlung vom 7. Februar 1919 . . . . . 216—237

Bücherbesprechungen.

Prof. Dr. P. H. Gerber-Königsberg: Die menschliche Stimme und ihre Hygiene . 238

Referate.

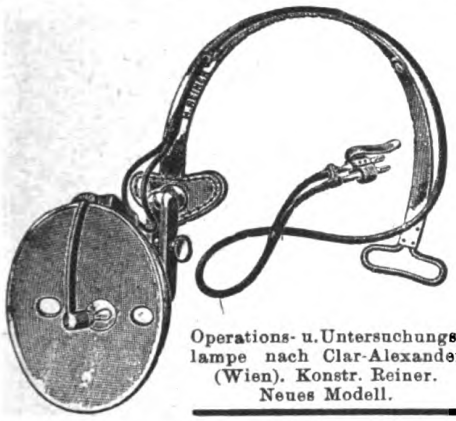
I. Allgemeines 238

Notizen.

Acta otolaryngologica 240

Personalien.

Ernannt. — Verliehen. — Habilitiert 240



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien

Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.

Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.

•• **Neueste Konstruktionen.** ••

•••• **Man verlange Spezialofferte.** ••••

Ergebnisse der

Abteilung für Hör-, Sprach-, Stimmstörungen

und Tracheotomierte vom Kriegsschauplatz mit einem rhino-laryngologischen Anhang

von Prof. Dr. A. Onodi,

Direktor der rhino-laryngologischen Universitätsklinik in Budapest, Mitglied der ungarischen Akademie der Wissenschaften.

Mit 97 Textabbildungen.

K 10.50 + 20%, gebunden K 15.— + 30% Teuerungszuschlag.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

SUPRARENIN

(o-Dioxyphenyläthanolmethylamin)

Mächtiges

Adstringens Hämostatikum Kardiotonikum

Eigenschaften:

Chemisch rein, gut haltbar, zuverlässig, konstant wirksam.

Indikationen und Dosierung:

INJEKTIONEN: Zusatz zu Lokalanästheticis; Blutungen, toxische Blutdrucksenkung, Kollaps, Asthma, Osteomalazie usw.
0,05—1 ccm der Solutio 1 : 1000—10000.

INTERN: Interne Blutungen, bazilläre Dysenterie, Vomitus gravidarum, Pertussis, Urticaria usw.
1—4 ccm der Solutio 1 : 1000 bzw. 1—4 Tabletten zu 1 mg.

EXTERN: Lokale Blutungen und Entzündungen, Tubenkatarrh und blutende Mittelohrpolypen, Nebenhöhlenempyem, Epistaxis, Heufieber, Pruritus, Ekzeme. Bei Asthma als Inhalationsspray. Ferner zur diagnostischen Abschwellung.
1 : 1000—10 000 als Lösung, Salbe, Schnupfpulver, Spray.

Originalpackungen:

LÖSUNG 1 : 1000. Flaschen mit 5, 10 u. 25 ccm. 10 Ampullen zu 0,5 bezw. 1 ccm.
TABLETTEN 1 mg. Röhrchen mit 20 Stück.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Soeben erschien:

Beiträge zur klinischen Ohrenheilkunde.

Festschrift für Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch-Wien. Von seinen Kollegen, Schülern und Freunden.

Mit 86 zum Teil farbigen Textabbildungen und 11 Doppeltafeln sowie 1 Bildnis. 8°. 1919. K 72.—. (Für Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" K 54.—.)
+ 20% resp. 30% Teuerungszuschlag.

Eine Sammlung von Arbeiten erster Autoren als Festschrift veröffentlicht zur Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers, des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch in Wien.

Die hier zum ersten Male veröffentlichten Beiträge sind nicht nur für Ohrenärzte wichtig, sondern vermöge ihres Inhaltes für jeden praktischen Arzt von Interesse.

Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie.

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft.

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL.

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg,

V. URBANTSCHITSCH
Wien.

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien.

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien.

53. Jahrgang. 4. Heft.
(April.)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919.

Monatlich erscheint 1 Heft.

Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

☛ *Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr.* **Ernst Urbantschitsch,** *Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* **H. Marschik,** *Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Seite

Dozent Dr. Ernst Urbantschitsch-Wien: Die Überrumplungsmethode bei hysterischer Taub-Stummheit (psychogenen Hör-, Sprach- und Stimmstörungen) . . . 241

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sitzung vom 5. März 1919 243

Österreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik. Sitzungen vom 9. Jänner, 20. März, 22. Mai und 4. Dezember 1917, 5. Februar und 6. November 1918 . 255—260

Aus den Sitzungen polnischer ärztlicher Vereine der Jahre 1914 und 1915 260

Aus den Verhandlungen polnischer medizinischer Gesellschaften (1915—1916) . . 264

Chem. reine, säurefreie Wasserstoffsuperoxydlösungen
aus
PERHYDROL
sind empfohlen

zur **Desinfektion** und Blutstillung nach Operationen in Nase und Hals

zur **Prophylaxe** infektiöser Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle

zur **Behandlung** von eitriger Mittelohrentzündung und chronischem Ohrausfluß

zur **Entfernung** von Fremdkörpern aus dem Gehörgange.

Spezialliteratur über Perhydrol zur Verfügung.

E. MERCK, DARMSTADT.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 4. Heft.

Nachdruck verboten.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Die Überrumplungsmethode bei hysterischer Taub-Stummheit (psychogenen Hör-, Sprach- und Stimmstörungen).

Von Dozent Dr. **Ernst Urbantschitsch.**

Durchblättern wir die Literatur der letzten Jahre, die sich mit diesem Thema befaßt, so finden wir fast immer in den diesbezüglichen Aufsätzen die Überrumplungsmethode von F. Kaufmann mit starken faradischen Schlägen und das Muck sche Kugelverfahren angeführt. Um nur ein Beispiel anzuführen, möchte ich auf das letzte Heft der „Beitr. z. Anat., Phys., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses", herausgegeben von Passow und Schäfer (Bd. 11. H. 1—3) hinweisen. In diesem Heft finden sich drei einschlägige Arbeiten, von denen sich speziell die zweite (Heino Harms, „Unsere Erfahrungen über hysterische Sprach- und Stimmstörungen bei Kriegsteilnehmern") und die dritte (Karl Beck, „Über Erfahrung mit Stimmstörungen bei Kriegsteilnehmern") ausschließlich mit hysterischem Mutismus bzw. hysterischem Stottern eingehender beschäftigen.

In den Ausführungen von Harms finden sich nun folgende Bemerkungen: „... die Kaufmann sche Behandlung [1]) mit dem starken faradischen Strom...." (S. 75), ferner „Dagegen gewannen wir die Überzeugung, daß die Faradisation ein für die Behandlung der hysterischen Sprach- und Stimmstörungen sehr zweckmäßiges, dabei gefahrloses und einfaches Verfahren darstellt" (S. 77). Bei Beck wieder: „In der Folge führten wir nun selbst bei Pat., bei denen die Übungstherapie zu keinem Resultat geführt hatte, eine energische Suggestivbehandlung mit Hilfe des faradischen Stromes im ganzen nach der Kaufmann schen Me-

[1]) Die planmäßige Heilung psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung von Stabsarzt d. L. a. D. Dr. Fritz Kaufmann (Mannheim). M. m. W. 1916. Nr. 22.

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

thode durch" (S. 143); weiter „lange Zeit hatten wir gute Erfolge mit dieser Therapie" (S. 144).

In keiner der Arbeiten findet sich — nicht einmal im Literaturverzeichnis! — mein Name angeführt, obgleich ich doch der erste war, der für hysterische Sprach- und Hörstörungen bei Kriegsteilnehmern die Überrumplungsmethode mit starken faradischen Schlägen empfohlen habe (s. „Im Kriege erworbene hysterische Taubheit bzw. Stummheit, durch Faradisation geheilt", Mschr. f. Ohrhlk. 1914. S. 1305 und „Hysterische Taub-Stummheit", W. m. W. 1916. Nr. 6). Daß ich nicht der Faradisation als solcher den Haupterfolg zuspreche, sondern diese nur als Mittel zum Zweck ansehe, habe ich schon in dem oben zitierten, in der Mschr. f. Ohrhlk. 1914 publizierten Demonstrationsvortrag hervorgehoben: „vollständig überzeugt bin ich aber, daß nicht der elektrische Strom als solcher die Heilung herbeigeführt hat, sondern nur die durch die Elektrisierung ausgelöste plötzliche Schmerzempfindung, die eben alle anderen Vorstellungen (Unvermögen zu sprechen etc.) in diesem Momente unterdrückte. So wie der Schrei ausgelöst war, war auch der Bann gebrochen, da der Pat. zur Erkenntnis kam, daß noch Sprachvermögen in ihm enthalten sei, das nunmehr rasch seine Wiedergeburt feierte. In analoger Erkenntnis trat auch das Hörvermögen wieder in seine Rechte".

Daß ich den Hauptwert der Methode auf die Überrumplung legte und lege, geht auch aus den in meiner Arbeit über hysterische Taub-Stummheit (W. m. W. l. c.) niedergelegten Sätzen zur Genüge hervor: „Diese Methode hat ausschließlich den Zweck, bahnbrechend zu wirken, also die Hemmungsvorstellung aufzuheben." — „Die Elektrisierung dient ausschließlich als Mittel zum Zweck und keineswegs in ihren elektrischen Qualitäten. In gleicher Weise könnte die Erzeugung eines sonstigen physischen oder psychischen Affektes wirken. Es kommt eben nur auf die Überrumpelung des Pat. an . . ." „Dabei wirkte natürlich die Suggestion gut unterstützend. Aus diesem Grunde verspreche ich den Patient stets schon vor der Behandlung den vollen Erfolg. . . . Besonders leicht ist dieses Resultat zu erreichen, wenn mehrere solche Pat. gleichzeitig anwesend sind und einer durch diese Methode die Sprache bereits erlangt hat . . ." „Von vornherein bei solchen Pat. Sprechübungen vorzunehmen, halte ich unbedingt für verfehlt; denn erstens erreicht man, wie ich mich überzeugen konnte, durch wochen- und monatelange Plage weniger, als man auf die angegebene Art in wenigen Minuten erzielt, und zweitens lenkt man hiedurch ungünstigerweise die Aufmerksamkeit des Pat. auf sein Leiden noch mehr, statt ihn von ihm abzulenken. Man darf aber nicht übersehen, daß unsere Hauptaufgabe ist, die Zwangsvorstellung zu unterdrücken und nicht das Sprachvermögen wieder zum Vorschein zu bringen."

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Auch auf die „Aufpfropfung" von hysterischen (psychischen) Höraffektionen auf organische, die Zange u. a. besonders betont haben, habe ich hier — wenn auch nicht mit der Bezeichnung „Aufpfropfung" — hingewiesen: „Bezeichnend ist, daß in den Fällen von rein hysterischen Affektionen mit der Sprache gleichzeitig auch das Gehör wiederkehrt. Da allerdings in der Mehrzahl der Fälle auch eine organische Ohrerkrankung (meist des Labyrinths) vorliegt, so wird wohl Gehör auftreten, doch nicht das normale. Die schließlich resultierende Schwerhörigkeit wäre dann noch speziell zu behandeln".

Daß man seiner Sache sicher sein muß, wenn man einmal darangeht, die Erkrankung auf diese Weise zur Heilung zu bringen, habe ich auch schon ausdrücklich hervorgehoben: „Wir besitzen also in der elektrischen Methode ein souveränes Mittel, bei hysterischer Taub-Stummheit in kürzester Zeit zu einem vollen Erfolg zu kommen. Nur muß die Behandlung unbedingt mit zielbewußter Energie durchgeführt werden. Auch müssen wir stets eingedenk sein, daß wir auf diese Weise nur die Symptome und nicht die Krankheit selbst bekämpfen."

Ich bin mir selbstverständlich völlig bewußt, nicht etwa die Verwendung starker faradischer Ströme bei hysterischen Affektionen in die Therapie eingeführt zu haben — dieselben werden ja schon seit langer Zeit hiezu verwendet —, doch möchte ich darauf hinweisen, daß ich die „Überrumplung" — auch das Muck sche Kugelverfahren ist ja nichts anderes! — bei hysterischen (psychogenen) Kriegserscheinungen als erster angewendet und empfohlen habe.

Zum Schlusse möchte ich an dieser Stelle noch einmal an meinen Vorschlag erinnern, zur Unterscheidung der durch den Hördefekt bedingten Taubstummheit das Nebeneinander der Krankheitssymptome bei der psychogenen (hysterischen) durch die Schreibweise „Taub-Stummheit" zu dokumentieren.

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. März 1919.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. Roth.
Schriftführer: Hr. Hofer.

Der Vorsitzende begrüßt die Herren Prof. Dr. Alexander, Doktor Sgalitzer und Dr. Hofbauer als Gäste.

Administrative Sitzung.

Sekretär Hr. Fein: Bei der in der letzten Hauptversammlung vorgenommenen Wahl der Funktionäre haben die Kandidaten für den Prä-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sidenten, Vizepräsidenten und Ökonomen die Zweidrittelmajorität nicht erreicht. Für diesen Fall schreibt § 17 der Statuten die Vornahme einer engeren Wahl zwischen denjenigen Kandidaten vor, die die meisten Stimmen hatten. Da nun Hr. Hajek und Hr. Hanszel erklärt haben, sich dieser engeren Wahl nicht unterziehen zu wollen und auf die Wahl zum Präsidenten bzw. Ökonomen zu verzichten, erscheinen Hr. Roth als Präsident und Hr. Menzel als Ökonom gewählt. Für die Wahl zum Vizepräsidenten kamen Hr. Roth und Hr. Hajek in Betracht. Da nun Hr. Roth zum Präsidenten gewählt wurde, erscheint Hr. Hajek als Vizepräsident gewählt.

Der Vorsitzende bringt den nachfolgenden Vorschlag des in der vorigen Sitzung gewählten Komitees zur Abstimmung:

„Es werden von nun an bei Demonstrationen oder bei Besprechung von Themen, welche das Grenzgebiet zwischen Rhinologie und Otologie oder zwischen Rhinologie und Ophthalmologie berühren, jeweils die Otologische bzw. die Ophthalmologische Gesellschaft zu den Sitzungen eingeladen werden. Die genannten Gesellschaften werden ersucht, denselben Vorgang in reziproker Weise üben zu wollen."

Der Vorschlag wird angenommen und der Sekretär mit der Verständigung der Gesellschaften betraut.

Der Vorsitzende teilt ferner mit, daß das Ehrenmitglied Herr Prof. Dr. Paul Heymann in Berlin am 7. März d. J. seinen 70. Geburtstag feiere und daß von seiten des Präsidiums eine Glückwunschdepesche an den Jubilar gerichtet wurde.

Wissenschaftliche Sitzung.

I. Hr. Fein: **Isolierte Tuberkulose der Rachentonsille.** Der 18 Jahre alte, gut genährte Pat. zeigt an der Oberfläche seiner vergrößerten Rachenmandel einen Substanzverlust mit allen Kennzeichen tuberkulöser Provenienz. Zwei ähnliche, aber ganz kleine Herde sind an einem Granulum der hinteren Rachenwand zu sehen. Sonst normale Verhältnisse. Die Beschwerden bestehen nur in der Undurchgängigkeit der Nase, die seit jeher bestanden hat, aber seit 3 Jahren größer geworden ist. Die histologische Untersuchung eines Probestückchens hat zahlreiche Herde, die aus epitheloiden Zellen bestehen, und gehäufte Riesenzellen sowie Herde von kleinen und großen Nekrosen ergeben.

Isolierte Tuberkulose der Rachenmandel ist ein sehr seltenes Vorkommnis. Häufig werden solche Fälle von Tuberkulose der Tonsillen zur Stütze jener Anschauung herangezogen, die in den Tonsillen die Einbruchspforte für die Lungentuberkulose sehen will. Bei genauer Untersuchung wird aber in der Regel außer dem als primär angesprochenen Herd in der Tonsille auch ein Herd in der Lunge nachgewiesen, wodurch die Hypothese der tonsillaren Genese hinfällig wird. Auch in unserem Fall hat diese Untersuchung, die Hr. Prof. M. Sternberg im Krankenhaus Wieden durchzuführen die Freundlichkeit hatte, die Anwesenheit eines allerdings obsoleten Herdes in der rechten Lungenspitze nachgewiesen. Man kann daher in solchen Fällen nicht entscheiden, ob die Infektion primär in der Tonsille oder in der Lunge stattgefunden hat oder ob vielleicht beide Organe von einer anderen unbekannten Eintrittspforte aus infiziert worden sind. Jedenfalls sind auch Fälle von anscheinend isolierter Tuberkulose der Mandeln für die tonsillare Genese der Lungentuberkulose mit großer Vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sicht heranzuziehen, da das Vorhandensein von versteckten Herden in den Lungen niemals ausgeschlossen werden kann.

In therapeutischer Beziehung beabsichtige ich die radikale Abtragung der Rachenmandel mit nachfolgender Milchsäurepinselung der Basis vorzunehmen und hoffe, damit eine vollkommene Heilung zu erzielen.

Aussprache.

Hr. M. Hajek: Die Bemerkungen des Herrn Vortragenden hinsichtlich der Infektion mit Tuberkulose von der Rachenmandel aus bringen mir die Arbeit Gollsteins in Erinnerung, der auf der weiland Störkschen Klinik zahlreiche entfernte hypertrophische Rachenmandeln untersuchte und in einem Prozentsatz derselben Tuberkel konstatieren konnte. Ein Teil derselben war aber bestimmt nur auf eingelagerte Fremdkörper zurückzuführen. Es wird an den Herrn Vortragenden die Frage gerichtet, ob in den entfernten Stücken auch Tuberkelbacillen gefunden worden sind.

Hr. Kofler: In therapeutischer Beziehung möchte ich vorschlagen, nach der Entfernung der erkrankten Rachenmandel eine Radiumtherapie einzuleiten, besonders dann, wenn der Prozeß sehr ausgebreitet ist, so daß wenig Aussicht besteht, alles erkrankte Gewebe zu entfernen. Die Radiumbehandlung bei Tuberkulose scheint gute Resultate zu zeitigen. So sah ich bei einer Pat. mit ausgebreiteter Tuberkulose der rechten Nase eine fast völlige Heilung nach bei weitem nicht vollständiger operativer Entfernung der kranken Partien eintreten. Die Pat. kam vor mehr als 2 Jahren an die Klinik mit Verstopfung der rechten Nase und einer roten, indolenten, haselnußgroßen Geschwulst über der rechten Cartilago triangularis. Ich fand ausgebreitete höckerige Infiltrate am Septum und an der lateralen Nasenwand, die sich vom Nasenboden bis zur oberen Kommissur und vom Sinus bis zur Mitte der Nase erstreckten. Die histologische Untersuchung derselben ergab typische Tuberkulose. Alter Prozeß in der rechten Lunge. Ich excochleierte so viel, daß Pat. wieder gut Luft hatte, aber absolut nicht radikal, behandelte eine Zeitlang mit Milchsäure, ohne aber eine wesentliche Besserung zu erzielen, weshalb ich eine Radiumbehandlung versuchte. Nach einigen Sitzungen schwand allmählich die Anschwellung über der rechten Cartilago triangularis, nach weiteren Sitzungen — im ganzen ca. 20 Sitzungen, die größte Bestrahlungsintensität betrug ca. 250 Milligrammstunden — auch die restlichen Infiltrate, so daß die Schleimhaut der ursprünglich betroffenen Partien vollständig glatt und bis auf eine leichte Trockenheit normal wurde; auch die äußere Nase zeigt ein normales Aussehen. Pat. ist beschwerdefrei, doch fand ich bei einer vor kurzem vorgenommenen Untersuchung noch 2 kleine Reste der ehemals ausgebreiteten Erkrankung, und zwar einen an der oberen Kommissur ganz vorne, einen zweiten an der mittleren Muschel. Ich hoffe, daß auch diese Reste auf Radium verschwinden werden.

Hr. Tschiassny bemerkt, daß er vor 3 Monaten bei einer Pat. mit einem isolierten tuberkulösen Geschwür der rechten Gaumenmandel dieselbe enucleiert habe, von denselben Überlegungen ausgehend wie Herr Prof. Fein. Wenige Wochen danach zeigte sich eine Infiltration der Epiglottis, die bald in Geschwürsbildung überging und schließlich zu Perichondritis des Kehldeckels führte. Auch der Lungenbefund hat sich inzwischen wesentlich verschlechtert. Diese traurige Erfahrung veranlaßt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tschiassny, die Prognose der operativen Behandlung derartiger Fälle mit einer gewissen Reserve zu stellen.

Hr. G. Hofer bemerkt, daß er, angeregt durch die Angaben über Beeinflussung von sekundären Herden durch Entfernung der primären, bei tuberkulösen Lymphomen systematisch die Adeno-Tonsillektomie in einigen Fällen vornahm. Hofer sagt, daß die Resultate gleich ungünstige sind wie nach Entfernen von Lymphomen überhaupt, das von den Chirurgen bereits verworfen ist.

Hr. Fein (Schlußwort): Die Indikation für eine Radiumbehandlung, die Hr. Kofler vorschlägt, trifft in unserem Falle nicht zu, weil die Affektion eben nicht ausgebreitet ist, sondern im Gegenteil streng auf die Rachentonsille mit einem Granulum begrenzt ist. Ebenso kann ich die Befürchtung der Herren Tschiassny und Hofer bezüglich der Generalisierung des Prozesses nach der Operation nicht teilen, da es ein großer Unterschied ist, ob die erkrankte Gaumen- oder die Rachenmandel oder gar ein Lymphom erkrankt ist. Die grundverschiedenen Anheftungsverhältnisse, ferner die grundverschiedene Versorgung mit Lymph- und Blutbahnen machen diesen Unterschied klar. Vermöge ihrer vollkommen geschützten und isolierten Lage am Rachendach ist außerdem die Rachenmandelwundfläche nach der Operation keinen mechanischen Einwirkungen besonders durch den Schluckakt wie eben die Gaumenmandel ausgesetzt. Aus diesen Gründen und wegen der isolierten Erkrankung halte ich die radikale Abtragung der Rachenmandel für vorzüglich angezeigt. Zu den Ausführungen des Herrn Hajek habe ich zu bemerken, daß es mir wohlbekannt ist, daß bei der histologischen Untersuchung von Tonsillen manchmal nekrotische Herde gefunden werden und daß diese von einzelnen Autoren als durch kleinste Fremdkörper verursacht gedeutet werden. Die Unterscheidung gegenüber tuberkulösen Herden ist oft sehr schwer, weil bekanntlich auch die bakteriologische Untersuchung dieser Herde im Stiche läßt, da auch in sicher tuberkulösen Fällen nur äußerst selten ein vereinzelter Tuberkelbacillus entdeckt werden kann. In unserem Falle wurde zwar ein bakteriologisches Präparat angefertigt, ist aber nicht gut ausgefallen. Trotzdem kann unmöglich an einen durch Fremdkörper verursachten nekrotischen Herd gedacht werden, da hier erstens die ganze Tonsille von solchen Herden siebartig durchsetzt erscheint, während Fremdkörper nur vereinzelt Nekrosen hervorrufen, und zweitens, weil auch an einer zweiten abgelegenen Stelle, an einem Granulum der Rachenhinterwand, derselbe Prozeß zu finden ist.

II. Hr. Glas: A. **Fall von ungewöhnlicher Pachydermie im Kehlkopf.** (Bericht nicht eingelangt.)

Aussprache.

Hr. W. Roth: Ich möchte besonderes Gewicht darauf legen, daß die beiden Begriffe Pachydermie und Tuberkulose der Stimmbänder weder miteinander verwechselt, noch durcheinander gemengt werden. Beide bilden ja in histologisch-anatomischer Beziehung scharf umrissene Krankheitsbilder. Bei der Pachydermie handelt es sich um Hyperplasie des Epithels mit Verhornung der obersten Epithelschichten, und an dieser Hyperplasie nimmt zumeist auch das subepitheliale Bindegewebe teil, während bei der Tuberkulose eine Infiltration in das Gewebe statthat, — und entsprechend

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dieser Verschiedenheit in der Gewebsveränderung ist auch das klinische Bild ein verschiedenes, die pachydermischen Wülste erscheinen trocken, während die durch tuberkulöse Infiltration entstandenen Verdickungen ein sukkulentes, feuchtes Aussehen haben. Eine tuberkulöse Pachydermie kann ich nicht anerkennen.

Mit Zugrundelegung dieser klinischen Unterschiede möchte ich den vorgestellten Fall als tuberkulöse Erkrankung, nicht aber als Pachydermie der Stimmbänder ansprechen.

Hr. M. Hajek: Ich stimme mit dem Kollegen Prof. Roth überein, daß der von Herrn Doz. Glas demonstrierte Fall nicht den pachydermischen Charakter hat. Die Wülste an den vorderen Enden der Stimmbänder sehen tuberkulösen Granulationen gleich; im übrigen sind auch die anderen Kehlkopfpartien nicht intakt, da die hintere Kehlkopfwand leicht konvex ist und eine leichte Infiltration der Schleimhaut des linken Morgagnischen Ventrikels besteht.

B. **Fall von Rekurrenslähmung der linken Seite und Mydriasis infolge eines Drüsentumors am Halse.** (Bericht nicht eingelangt.)

Aussprache.

Hr. Schlemmer: Der Pat. kam am 2. I. in die klinische Ambulanz und habe ich bei der Tracheoskopie, abgesehen von der kompletten linksseitigen Rekurrenslähmung, eine Vorwölbung der linken Trachealwand bis fast zur Mitte des Tracheallumens feststellen können. Die gleich angeschlossene Oesophagoskopie war aber wegen hochgradigem Spasmus des Oesophagusmundes damals nicht möglich. Ich bestellte den Kranken für 5. I. wieder. Er blieb aber aus. Der harte Drüsentumor links war damals schon vorhanden und mir schien es außer jedem Zweifel, daß es sich um ein hochsitzendes Oesophaguscarcinom handeln müsse. Die Hypopharyngoskopie zeigte am 2. I. keinen Anhaltspunkt für einen Tumor.

Hr. M. Hajek: Hinsichtlich des zweiten Falles ist aus der Demonstration nicht klar geworden, um was es sich handelt. Es wird von einer starken Hervorwölbung des Oesophagus berichtet, aber nicht über die Ursache. Das Drüsenpaket kann doch allein kaum eine derartige Stenose bedingen. Ich bitte um weiteren Aufschluß.

Hr. Fein frägt den Vortragenden, ob er nicht auch eine andere Ursache der Pupillendifferenz in Erwägung gezogen habe, die vielleicht schon vor Beginn des Wachstums des Tumors bestanden haben mag, und ob insbesondere eine vorausgegangene luetische Infektion mit Sicherheit ausgeschlossen worden sei.

Hr. E. Glas (Schlußwort): Bericht nicht eingelangt.

C. **Endoskopisch nachweisbares Oesophagusdivertikel.** (Bericht nicht eingelangt.)

Aussprache.

Hr. Marschik: An der Klinik konnte im Laufe der Jahre in einer ganzen Reihe von Divertikelfällen die Oesophagusschwelle einwandfrei oesophagoskopisch nachgewiesen und eingestellt werden, womit die vor längerer Zeit hin und wieder aufgestellte Behauptung, der Oesophagus ließe sich beim Divertikel nicht einstellen, hinfällig ist. Als charakteristisch wurde jedesmal gefunden der weite Divertikeleingang, welcher die direkte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fortsetzung des Hypopharynx zu sein scheint, wohingegen der Oesophaguseingang klein wie ein Nebenkanal sich präsentiert. Weiters möchte ich auf die auffallend leichte Verletzbarkeit der Divertikelwand, speziell aber des Divertikelgrundes aufmerksam machen. Leichte Verletzungen können zu schweren perioesophagitischen Infektionen und Phlegmonen Anlaß geben. Fiebersteigerungen nach vollständig glatt verlaufenden Divertikeluntersuchungen sind nichts seltenes. Die Oesophagoskopie bei Divertikel hat daher immer mit großer Vorsicht zu geschehen.

III. Hr. Marschik stellt A. einen Fall von **Gesichtsplastik nach Nasenschuß** vor. Ein 22jähriger Leutnant wurde am 24. VI. 1918 verwundet. Am 28. VI. Entfernung des Projektils (Granatsplitter) aus den Weichteilen des rechten Nackens. Am 3. VII. noch in der Etappe wegen heftiger arterieller Blutung aus dem Schußkanal Carotisligatur rechts. Am 20. IX. Aufnahme auf die Klinik behufs spezialistischer Nachbehandlung. Es fand sich ein nußgroßer Defekt der rechten Nasenseite mit Zerstörung des Processus frontalis des Oberkiefers und des oberen inneren Anteils des Oberkiefers. Der Schußkanal ging weiter durch die zerschossene Kieferhöhle und Fossa pterygopalatina. Hirnnerven waren glücklicherweise nicht verletzt. Die Kieferhöhle eiterte stark, aus der Incisionsstelle hinten am Nacken entleerte sich periodisch Eiter und kleine Knochenstückchen. Von Herrn Kofler wurde Ende September von der Einschußöffnung aus die Kieferhöhle mit vollständiger Erhaltung der unteren Muschel radikal operiert, in der Erwartung, daß die Höhle durch Vernarbung sich vollständig ausfüllen werde und dann der Defekt der unteren Muschel überflüssig sein werde. Es kam jedoch im Laufe der Nachbehandlung immer wieder zu neuerlicher Ausstoßung von Knochensequestern aus dem ununterbrochen eiternden Schußkanal an der Hinterwand der Kieferhöhle und zur ständigen Bildung eines Eitersees in der Höhle. Der Defekt der lateralen Nasenwand über der unteren Muschel hatte zu einer hochgradigen narbigen Einziehung des glücklicherweise nicht verletzten inneren Augenwinkels mit starkem Ektropium der Karunkel und beider Lider sowie zunehmenden Entzündungs- und Austrocknungserscheinungen daselbst geführt. Es wurde daher zunächst, um die Eiterung der operierten Kieferhöhle zu drainieren, aus der Mitte der unteren Muschel ein Stück entfernt; endlich am 14. I. 1919 versucht, den Gesichtsdefekt plastisch zu decken. Hierbei ging Vortragender von dem Standpunkt aus, daß das Wichtigste an der ganzen Plastik die Lösung und Retablierung des inneren Augenwinkels in seine normale Stelle und die Verhütung neuerlicher Retraktion durch primäre Deckung des im Naseninnern durch die Mobilisierung der Gegend entstandenen Defektes sei. Demgemäß wurde der innere Defekt mit einem von der Wangenhaut entnommenen Lappen primär gedeckt, der den inneren Augenwinkel dauernd nach außen in das normale Niveau drängt. Der äußere Defekt wurde mit einem von der Stirn entnommenen, an der Innenfläche gethierschten Lappen gedeckt.

An dem vorgestellten Pat. ist der Effekt der Plastik, speziell was den gefährdeten inneren Augenwinkel anbelangt, obwohl schon 7 Wochen seit der Operation verflossen sind, noch vollständig erreicht und dürfte auch ein dauernder sein. Der Augenwinkel befindet sich im normalen Niveau, die Lider und die Caruncula sind nicht mehr evertiert, die Entzündungserscheinungen vollständig geschwunden. Der zweite Akt der

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Plastik wird bestehen im Verschluß kleiner, noch vorhandener Spaltöffnungen durch die Nase sowie in der Korrektur des äußeren Decklappens.

B. **Demonstration eines 9jährigen Knaben zur Diagnosestellung.** Im Juni v. J. bemerkte die Mutter zuerst ein Vortreten des linken Auges. Nach einer Grippeerkrankung im Oktober soll der Zustand sich verschlechtert haben, aber seither stationär geblieben sein. Pat. war seit Ende Jänner an der II. Augenklinik in Behandlung und wurde am 15. II. auf die Klinik Chiari transferiert. Es besteht eine eigenartige Schwellung beider Lider des linken Auges und Protrusion des Bulbus. Dagegen ist die Conjunctiva bulbi normal. Gleichzeitig besteht teigige Schwellung der linken oberen Schläfegrube und Wange. Augenbefund: Exophthalmus von 3—4 *mm*. Bewegungen frei. Das Auge steht nach unten gedreht. Visus rechts 6/6, links fast 6/9. Augenhintergrund normal. Wassermann negativ. Als der Pat. zum ersten Mal auf unserer Klinik erschien, zeigte die Augenschwellung entschieden entzündlichen Charakter. Gleichzeitig bestand eine schwere Angina der hypertrophischen Rachentonsille. Nach Abheilung derselben gingen auch die entzündlichen Erscheinungen am linken Auge sichtlich zurück. Die Differentialdiagnose war zunächst zwischen einer Siebbeinerkrankung und einem echten Orbitaltumor zu stellen. Da das Röntgenbild und der rhinologische Befund vollständig negativ waren, entfernte Vortragender zunächst die zirka nußgroßen, adenoiden Vegetationen. Danach war ein weiterer Rückgang der Lidschwellung zu konstatieren. Exophthalmus sowie Schwellung der linken Gesichtsseite und die Erweiterung der Venen am äußeren Orbitalrand blieben unverändert. Zur Differentialdiagnose wäre nun weiters der durch das Röntgenbild festgestellte Turmschädel mit Hyperostose und Synostose des Schädeldaches heranzuziehen. Bekanntlich kommt es bei diesen Fällen häufig durch den Druck des wachsenden Gehirns, welchem das vorzeitig verknöcherte Schädeldach starren Widerstand entgegensetzt, zu Druckerscheinungen und Nachgeben der Schädelbasis. Auch Prof. Schüller, der sich mit diesen Zuständen speziell befaßt, steht auf dem Standpunkt, daß eine solche Möglichkeit in dem vorgestellten Falle nicht auszuschließen sei. Da nun die Erscheinungen nach der Grippeerkrankung im Oktober besonders manifest wurden, wäre nach Meinung Schüllers eventuell auch an eine abgelaufene Thrombose im Gebiete des Sinus cavernosus zu denken. Vortragender ist der Ansicht, daß zunächst doch das Siebbein auf ein geschlossenes Empyem zu untersuchen resp. zu eröffnen wäre und im negativen Falle weiter die Schädelbasis genauer zu untersuchen wäre.

Aussprache.

Hr. M. Hajek: Wenn der Exophthalmus auf eine Nebenhöhlenaffektion zurückgeführt werden sollte, käme doch eher die Stirnhöhle als das Siebbeinlabyrinth in Betracht, da in letzterem Falle eine Schwellung in einem Orbitalmuskel vorhanden sein müßte, was hier nicht der Fall ist. Ich halte in diesem Falle dafür, daß möglicherweise eine beginnende Tumorbildung in der hinteren oberen Bucht der Kieferhöhle oder in der Keilbeinhöhle vorliegt. Sehr verdächtig ist die Stauung in den Venen.

Hr. M. Weil fragt an, ob die entfernten adenoiden Vegetationen normales Aussehen hatten oder vielleicht histologisch untersucht wurden. Er hat zwei solche Fälle gesehen, in denen eine nach anscheinend normaler

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Adenotomie aufgetretene Rezidive sich als Fibrosarkom der Schädelbasis erwies; einer derselben zeigte im Beginne das ganz gleiche Bild wie der vorgestellte. Herr Weil möchte daher die Möglichkeit hervorheben, daß es sich hier um einen beginnenden solchen Tumor mit Hineinwachsen in die Fossa pterygo-palatina handeln könne.

IV. Hr. Schlemmer: **Zur Diagnosestellung.** Ich stelle Ihnen eine fiebernde Frau aus dem Krankenstand der Klinik vor, welche gestern abends hereingebracht wurde und angab, vor 10 Tagen (22. II.) plötzlich unter heftigem Fieber erkrankt zu sein. Sie kam mit ihrer Dienstgeberin ins Spital, welche erzählte, daß die Pat. seit über 15 Jahren bei ihr in Diensten stehe, ohne jemals krank gewesen zu sein. Ich bemerke dieses Moment besonders, weil die Eigenartigkeit ihrer Erkrankung, die zu erhebenden objektiven Symptome und die subjektiven Beschwerden sehr auseinandergehen, so daß derzeit eine sichere Diagnose noch nicht zu stellen ist.

Der Arzt, der die Kranke am 23. II. zuerst sah, diagnostizierte „Grippe", verordnete Aspirin, worauf die Temperatur vorerst zurückging. Es stellte sich aber bald eine erhöhte Schleimbildung ein und vor 4 Tagen soll erst die Geschwürsbildung bemerkt worden sein, die einige von den Herren bereits gesehen haben. Die Kranke kam gestern mit 39,5° Temperatur an die Klinik und ich fand bei der Untersuchung dasselbe Bild, das jetzt bei der Inspektion der Mundhöhle zu sehen ist.

Man bemerkt, daß vorwiegend der weiche Gaumen und die Uvula von einem sich flächenhaft ausbreitenden, unregelmäßig begrenzten Geschwür ergriffen sind, welches an den Randpartien seichter, an der Basis der Uvula aber tiefgreifend ist. Dort finden sich auch im Geschwürsgrund zahlreiche granulationsähnliche Wärzchen. Der Rand der Geschwürsfläche zeigt keinen Entzündungshof, vielmehr ist die angrenzende Schleimhautpartie stellenweise ganz blaß und nicht eleviert. Der Geschwürsgrund ist grauweißlich, matsch, ohne membranöse Auflagerungen und blutet beim Darüberstreichen nicht. Die gesunde Rachenhinterwandschleimhaut ist durchaus nicht anämisch, auch nicht die Gaumenbogenschleimhaut.

Ähnliche Ulcera, jedoch viel weniger flächenhaft ausgebreitet, sieht man am linken hinteren Gaumenbogen, an beiden Tonsillen, an der Wangenschleimhaut nahe den Mundwinkeln, an der Ober- und Unterlippenschleimhaut und am rechten Aryknorpel.

Vereinzelte Ulcera finden sich endlich auch noch an den stark atrophischen Alveolarfortsätzen des zahnlosen Oberkiefers, während am Unterkiefer trotz der hochgradigen Alveolarpyorrhoe und Zahnsteinbildung keine Gingivitis zu sehen ist. Hier sind auch keine Ulcera.

Als ich die Kranke gestern sah, dachte ich zuerst an eine Stomatitis ulcerosa oder an eine Tuberkulose der Mundhöhlenschleimhaut. Auch heute bin ich noch nicht in der Lage, mich für das eine oder das andere dezidiert zu entscheiden und bitte Sie um Ihre Meinung.

Ich will bemerken, daß der interne Befund, von der Klinik Wenckebach erhoben, aussagt, daß neben Zeichen eines alten Spitzenprozesses links und adhäsiver Pleuritis eine Infiltration größeren Umfanges in der linken Lunge höchstwahrscheinlich spezifischen Charakters besteht.

Röntgenologisch ließ sich eine Infiltration der linken Lunge mit zahllosen Herden und mehreren Kavernen nachweisen.

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Ungeachtet dieses ganz eindeutigen Ergebnisses der internen Untersuchung scheint mir doch manches Wichtige gegen die Wahrscheinlichkeit zu sprechen, daß es sich hier um eine Tuberkulose der Mundschleimhaut handelt. Vor allem fehlt der Schmerz der Ulcera vollkommen. Wir wissen aber, daß das Symptom der Dysphagie geradezu pathognomonisch für das tuberkulöse Ulcus ist.

Dann soll der Prozeß in der Mundhöhle erst einige Tage dauern und will die Pat. früher stets ganz gesund gewesen sein.

Ich bitte daher die Herren um Ihre Ansicht.

Aussprache.

Hr. Heindl kann in diesem Falle nur die Diagnose auf multiple Tuberkulosegeschwüre stellen. Er findet ausgebreitete, teils zusammenhängende, teils zerstreute Ulcera, mehr weniger belegt, mit ausgenagtem Rande, wenig verfärbter Umgebung, am Grunde wie auch am Rande, besonders an der Uvula auftretenden Knötchen und Granulationen, welche die bekannte Heilungstendenz der tuberkulösen Geschwüre beweisen; zur Heilung kommt es aber nie. Der Sprecher hatte unter den vielen Tausenden Tuberkulöser, die er in allen Spitälern Wiens untersuchte, oft genug Gelegenheit, das Auftreten solcher Ulcera besonders bei hoch Fiebernden — und Pat. zeigt, wie wir erfahren, 39° — zu beobachten. Ihr Auftreten bildet für das Individuum immer ein Omen pessimum quoad vitam.

Hr. Fein hält den vorgezeigten Fall nicht für Tuberkulose, weil weder der Verlauf noch das Aussehen dafür sprechen. Insbesondere ist hier kein Infiltrat zu sehen, aus dessen Zerfall der Substanzverlust entstanden sein kann, und nicht die für Tuberkulose charakteristischen Knötchen in der Umgebung. Es scheint sich um einen akuten, die Schleimhaut nur oberflächlich ulzerierenden Prozeß zu handeln, dessen Natur vielleicht durch eine bakteriologische Untersuchung des Geschwürssekretes festgestellt werden könnte.

Hr. M. Hajek: Ich halte den Prozeß für einen exanthematischen. Am wahrscheinlichsten handelt es sich um ein Erythema multiforme oder um etwas ähnliches an der Mundschleimhaut.

Hr. A. Heindl: In Erwiderung auf Prof. Fein muß ich nur betonen, daß ich eben nicht ein oberflächliches, sondern ein tiefgreifendes Ulcus am weichen Gaumen mit Knötchenbildung feststellen kann, was man nur nach gründlicher Reinigung des Ulcus bemerkt, eventuell mit Sodalösung, da viel zähes Sekret darauf haftet. Die Multiplizität der Affektion kann entstehen durch eine durch das Fieber bedingte pemphigusartige Blasenbildung an der Schleimhaut, wobei es aber auch bei dem Platzen der Blasen schon zur Infektion mit den reichlich aus der Lunge ausgestoßenen tuberkulösen Bacillen kommt. Ich weise nochmals darauf hin, daß das Auftreten derlei Geschwüre als ein Zeichen gedeutet werden muß, daß die Abwehrkräfte des Organismus verbraucht sind. Daher auch das oft so rasche Erscheinen und Fortschreiten dieses Erkrankungsprozesses. Die Ulcera treten gewöhnlich dort auf, wo durch die Mundatmung am häufigsten das Austrocknen der Sekrete erfolgt.

Hr. Kofler: Ich finde, daß das Ulcus am weichen Gaumen nicht multipel, sondern ein zusammenhängendes ist, auch finde ich, daß es an der Basis der Uvula sehr tief ist. Ferner sehe ich kleinste Ulcerationen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Umgebung, die ich als Zerfall von miliaren Knötchen deuten möchte. Dieser Befund zusammen mit dem sonstigen Aussehen des Ulcus (dünne, zarte Geschwürsränder, zackige Form usw.) bestimmen mich zur Ansicht, daß es sich hier um ein tuberkulöses Ulcus handelt.

Hr. Schlemmer (Schlußwort): Ich werde mir erlauben, bei der nächsten Zusammenkunft über den weiteren Verlauf zu berichten. Daß die Herren selber über die Diagnose sich nicht einigen können, zeigt nur die Notwendigkeit der Vorstellung dieser Kranken. Nach dem Bac. fusiformis und der Spirochaeta refringens habe ich vorerst nicht Nachschau gehalten, weil die Angaben des Internisten das Krankheitsbild in eine ganz bestimmte Richtung drängten. Ich habe den bakteriologischen Nachweis zuletzt dann ganz unterlassen, um eben der Diagnosestellung für heute Abend nicht alle Schwierigkeiten zu nehmen.

V. Hr. M. Sgalitzer (als Gast): In der vorletzten Sitzung der laryngologischen Gesellschaft hatte ich die Ehre, Ihnen über einen Fortschritt in der Röntgenuntersuchung der Luftröhre zu berichten, der darin besteht, daß wir nun imstande sind, die Luftröhre in zwei zueinander senkrechten Aufnahmsrichtungen darzustellen, also nicht nur in sagittaler Projektion, sondern auch in rein seitlicher, wobei die Luftröhre, ihrer ganzen Ausdehnung entsprechend, Hals- sowohl wie Brustteil, bis in die bronchialen Verzweigungen hinein zur Abbildung kommt. Bei dieser Untersuchungsmethode sind wir in der Lage, sämtliche Lage- und Formveränderungen der Luftröhre restlos aufzulösen, gleichgültig, ob dieselben ihren Halsteil betreffen, wie dies so oft bei Strumen beobachtet wird, oder ihren Brustteil, wie z. B. bei Aortenaneurysmen, retrosternalen Strumen, Mediastinaltumoren. Speziell bei letzteren finden wir bei dieser Untersuchungstechnik oft ganz überraschende Verkrümmungen des Trachealrohres.

Angeregt durch das freundliche Interesse, das Sie meinen damaligen Ausführungen entgegenbrachten, nehme ich mir die Freiheit, Ihnen auch über die Röntgenologie des Oesophagus zu berichten, die aus der Darstellung in zwei zueinander senkrechten Projektionsrichtungen — von vorn und von der Seite — ebenfalls großen Nutzen gezogen hat. Da ich im Verlauf meiner heutigen Demonstrationen wiederholt auch auf die Luftröhre zu verweisen haben werde, bitte ich Sie, noch einmal das Bild einer normalen wie einer pathologischen Luftröhre betrachten zu wollen. (Demonstration der Diapositive der seitlichen Aufnahme einer normalen Luftröhre wie einer durch einen großen retrosternalen Kropf nach hinten verdrängten und von vorn her eingedrückten Trachea.)

Und nun bitte ich Sie, gleich mit mir die verschiedenen Diapositive, die diverse Erkrankungen des Oesophagus darstellen, zu betrachten. Die Aufnahmen wurden alle in rein seitlicher Projektionsrichtung ausgeführt, weil sich dabei das Kontrastfüllungsbild des Oesophagus nicht wie bei sagittaler Projektion mit der Wirbelsäule deckt, auch nicht vom Schatten des Herzens oder der großen Gefäße überlagert und dadurch undeutlich wird, vielmehr ebenso wie im schrägen Durchmesser frei im hinteren Mediastinum erscheint. (Demonstration von Diapositiven [1]), die die narbige Stenose des Oesophagus nach Laugenverätzung

[1]) Das Material entstammt der I. chirurgischen Universitätsklinik.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Anschauung bringen, ferner von Diapositiven, die die Diagnose des Oesophagospasmus und Kardiospasmus überzeugend zu stellen erlauben.)

Demonstration von Diapositiven eines Pulsionsdivertikels in der Ansicht von vorn und der Seite. Die sagittale Aufnahme zeigt einen halbkugeligen Kontrastschatten, der sich auf die Wirbelsäule projiziert. Über den Ausgangspunkt des Divertikels erteilt sie keinerlei Auskunft. Anders das seitliche Bild, auf dem deutlich zur Anschauung kommt, wie der gefüllte Divertikelsack nach vorn überläuft, der demnach von der Hinterwand des Oesophagus ausgeht. (Der Pat., von dem diese Divertikelbilder stammen, ist inzwischen von seinem Leiden dadurch befreit worden, daß das Divertikel von Hofrat v. Eiselsberg operativ entfernt wurde.)

Vor allem aber, meine Herren, wurde durch die seitliche Darstellung des hinteren Mediastinums die Diagnostik der Oesophagustumoren gefördert. Sie basierte bisher vornehmlich auf der Stauung der Kontrastsubstanz in der Höhe des stenosierenden Tumors und auf der charakteristischen Gestalt des Füllungsbildes. Auf diese Weise lernten wir aber nur die obere Kuppe des stenosierenden Tumors kennen, erfuhren aber nichts über seine Höhenausdehnung und zirkuläre Ausbreitung. Ein nicht stenosierender Tumor mußte im allgemeinen der Röntgendiagnostik entgehen.

Die oesophagoskopische Untersuchung belehrt uns bei stenosierenden Tumoren auch nur über deren obere Kuppe, bei fehlender Stenose überdies über dessen Höhenausdehnung. Über die zirkuläre Ausbreitung jedoch vermag auch sie nichts zu berichten.

Durch die seitliche Darstellung des hinteren Mediastinum sind wir nun imstande, Oesophagustumoren direkt — also ohne Wismutfüllung —, ihrer ganzen Ausdehnung entsprechend, abzubilden, die sich bei dieser Projektionsrichtung als dichteres Gewebe von der lufthaltigen Lunge deutlich abheben. Demonstration von Diapositiven, die Oesophagustumoren direkt darstellen, darunter eines solchen, der gar keine Stenosenerscheinungen verursacht hatte und daher nach den bisherigen Untersuchungsmethoden nicht nachweisbar gewesen war.

Die direkte Darstellung der Oesophagustumoren gelingt meist nur in der oberen Hälfte der Speiseröhre, da tiefer gelegene Tumoren für gewöhnlich durch die Herzpulsationen verwackelt werden. Hier müßten kurzzeitige Aufnahmen mit sehr leistungsfähigen Apparaten einsetzen.

Als wichtiger Anhaltspunkt für den Nachweis nicht stenosierender Tumoren kommt häufig das langdauernde Liegenbleiben feiner Wismutpartikelchen an der exulcerierten Oberfläche des Tumors in Betracht. Noch nach mehreren Stunden, auch wenn inzwischen Wasser nachgetrunken wurde, können wir diese feinen, für die Tumordiagnostik bedeutungsvollen Wismutdepots, die sich in den Nischen des Tumors einnisten, bisweilen noch antreffen. Ihr Nachweis wird in jenen Fällen, wo bloß minimale Wismutreste haften geblieben sind, nicht der Durchleuchtung, sondern nur der Aufnahme möglich sein. Aus früher angeführten Gründen wird hier nur das Röntgenogramm in frontaler oder schräger Projektionsrichtung in Betracht kommen können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch das seitliche Bild des mit Kontrastsubstanz gefüllten Oesophagus gibt uns oft wichtige Anhaltspunkte über das Verhalten des Tumors. Demonstration eines Diapositivs, das die drohende Perforation der Geschwulst in die Luftwege ankündigt. Die Hinterwand der Luftröhre wird durch den Tumor eingebuchtet und ein Wismutzapfen, der einem Carcinomkrater entspricht, berührt die Hinterwand der Trachea. (Er projiziert sich auch auf dem sagittalen Röntgenogramm auf die Luftröhre.)

Demonstration eines Bildes mit bereits eingetretener Perforation im Diapositiv. Der Bronchialbaum ist mit der Kontrastsubstanz stellenweise förmlich ausgegossen. (Innerhalb weniger Minuten wurde die Wismutaufschwemmung vom Pat. wieder ausgehustet.)

Es steht zu hoffen, daß die Chirurgie aus den Bestrebungen nach einer vollkommeneren Diagnostik der Oesophagustumoren auch wirklich einen praktischen Nutzen ziehen wird.

VI. L. Hofbauer: **Schlußwort zum Vortrag „Asthma".** Die Diskussion hat eine Verschiebung des zur Auseinandersetzung gewählten Themas veranlaßt, indem sie die allgemeine Pathogenese des Asthmas in den Kreis der Betrachtung zog, während ich mit Rücksicht auf den Ort, an dem wir uns befinden, lediglich die „pathologischen Beziehungen zwischen oberen Luftwegen und Brustorganen" als Thema wählte. Aus diesem Grunde besprach ich lediglich die von den oberen Atemwegen bestrittene pathogenetische Komponente des Bronchialasthmas und unterblieb die Erörterung der übrigen und hole daher kurz die übrigen nach. Als die in nahezu allen Fällen daneben vorhandene pulmonale Komponente möchte ich da kurz die durch die Überfüllung der Alveolen ausgelöste Reizung der pulmonalen Vagusfasern erwähnen, welche ich nicht nur leugne, sondern sogar in meinen ersten Publikationen deshalb als vornehmlichste bezeichnete, weil sie allein schon eine theoretisch sichergestellte Grundlage für die rein empirisch gefundenen Dauererfolge meiner Lumentherapie des Bronchialasthmas mir zu geben schien. Dazu kommen dann alle die außerhalb des Atemapparates gelegenen Verteilungsbezirke des Vagus als Reizquellen in Betracht. Wenn Hanszel fragt, warum Klima- und Ortswechsel so wirksam bezüglich des Auftretens asthmatischer Anfälle wirken, so darf hierfür zum größten Teil die verschiedene Qualität der (durch die Nase nicht eingeatmeten, daher nicht adaptierten) Luft verantwortlich gemacht werden. Der individuell verschiedenen Empfindlichkeit der Schleimhaut gegenüber Trockenheit in dem einen, Wärmedifferenz in dem anderen Falle, barometrischen Differenzen außerdem entspricht das Wohlbefinden des einen Pat. in dem Klima, in welchem der andere seine Anfälle bekommt. Als Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme kann wohl gelten, daß ich über eine Reihe von Fällen verfüge, in welchen nach Erlernung entsprechender Adaptation der Luft durch Nasenatmung das bis dahin stets mit Asthmaanfällen beantwortete Aufsuchen bestimmter Örtlichkeiten völlig zum Schwinden gebracht wurde.

Wenn Réthi auf die Diskrepanz zwischen Nasenbefund und Asthma das Augenmerk richtet, so erklärt sich dieselbe schon durch die Unterschiede zwischen anatomischer und funktioneller Störung der Nase als Atemweg einerseits, die hierdurch ausgelöste Alteration der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Atemmechanik und konsekutiver Reizung des pulmonalen Vagus andrerseits. Unter demselben Gesichtswinkel wird Tschiassnys Fall leicht verständlich. Wenn Neumann meint, daß beim essentiellen Asthma jede Therapie versagt, weil die Ätiologie im Psychischen wurzelt und daher der psychoanalytischen Behandlung das Wort redet, so kann ich darauf hinweisen, daß ich zwar einen Studenten mit vollem Erfolg behandelte, welcher vorher von psychoanalytischen Führern vergeblich längere Zeit behandelt wurde, keinen aber, den ich wegen ungenügenden therapeutischen Effektes bei meiner Methode hätte dem Psychotherapeuten überweisen müssen. Feins Vorwurf basiert auf einem Mißverständnis. Daß von laryngologischer Seite die Pat. zur Benützung des anatomisch freigemachten nasalen Atemweges aufgefordert werden, ist mir wohl bekannt. Wenn ich aber an weit über 100 von Laryngologen erster Güte (zum Teil sogar mehrfach) operierten Fällen sehen konnte, daß erst nach durchgeführter Erziehung zu dauernder Benützung des physiologischen Atemweges und Atemmodus der vorher ausgebliebene Erfolg eines dauernden Verschwindens des Asthmas sich einstellte, so war es doch nicht so unberechtigt, wenn ich ersuchte, die Pat. darauf aufmerksam zu machen, daß die Wiedererlernung und dauernde Betätigung der normalen Atemtechnik unter den wechselnden Verhältnissen des Alltags nicht immer schon durch die Freimachung des Atemweges gegeben sei. In vielen Fällen ist dieselbe nur bei Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse in Form einschleichender Übungsbehandlung möglich.

Österreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

Sitzung vom 9. Jänner 1917.

Auf der Tagesordnung steht zunächst die ordentliche Generalversammlung. Prof. Réthi erstattete einen ausführlichen Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft, worauf die bisherigen Funktionäre und in der Person des Prof. Dr. Karl Lusch ein II. Vizepräsident gewählt werden.

In der sich sogleich anschließenden Wissenschaftlichen Sitzung behandelt Prof. Dr. v. Ettmayer das Thema: **Prinzipielle Fragen in der Phonetik.** Der Vortragende behandelt zunächst das Verhältnis der Linguistik (= die Lehre von den Sprachen) zur Phonetik (= die Lehre vom Sprechen) und bespricht die Brücken, die zwischen beiden Wissenschaften bestehen. Die weiteren Ausführungen beziehen sich zum größten Teil auf Punkte, die in erster Linie den Linguisten interessieren und sollen daher hier nicht weiter Gegenstand des Referates sein. Aufgabe der Phonetik ist die Untersuchung physiologischer und psychischer Momente, wie Übung, Ermüdung, Redetempo etc. auf das menschliche Sprechen.

Aussprache: Eurich, Réthi.

Sitzung vom 20. März 1917.

Doz. Dr. Fröschels: **Einige phonetische Beobachtungen an einem sprechenden Hunde.** Derselbe wurde dem Vortragenden zwecks Verstär-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kung seiner für größere Säle nicht genügend lauten Stimme übergeben. Es wurde zunächst in der Tat festgestellt, daß der Hund in der Tat die von der Dresseurin gesprochenen Worte („Mama", „Hunger", „hab" und „Omama") als Klang erfaßt, denn es kommt nicht vor, daß er ein anderes Wort nachspricht als das vorgesprochene. Interessant ist die Tatsache, daß das Tier hauptsächlich inspiratorisch spricht. Ob nun die fortgesetzte Dressur oder die vom Vortragenden empfohlenen passiven Massageübungen des Zwerchfells oder beide vereint die Ursache sind, daß der Hund mit der Zeit etwas lauter die obgenannten Worte sprechen lernte, läßt sich kaum entscheiden.

Aussprache: Richter, Herzog, Berger.

Réthi bespricht ausführlicher die inspiratorische Stimme, er konnte bei manchen Singvögeln konstatieren, daß deren Stimme teils in-, teils exspiratorisch entsteht, was nach seiner Anschauung mit dem Bau des Vogelkehlkopfes und seiner Stimmlippen zusammenhängt.

Prof. v. Exner weist darauf hin, daß viele Nachahmer von Tierstimmen sich der Inspiration bedienen, zum Beispiel beim Krähen des Hahnes oder dem Grunzen des Schweines. Auch Sänger gebrauchen die inspiratorische Stimme. Das ist — vielleicht nicht allgemein, jedenfalls aber vielfach — beim Jodeln der Tiroler der Fall. Im Anschlusse an seine Demonstration bespricht der Vortragende, der in dankenswerter Weise für einen auf der Tagesordnung wegen Unpäßlichkeit des Vortragenden entfallenen Vortrag einsprang, im Kurzen die Sprachentwicklung des Kindes.

Sitzung vom 22. Mai 1917.

Prof. Réthi hält dem verstorbenen I. Vizepräsidenten der Gesellschaft, Prof. Dr. Richard Wallaschek einen warmempfundenen Nachruf.

Doz. Dr. G. Hüssing: **Zur Lautlehre toter Sprache.** (Ein zum größten Teile linguistisches Thema, das für unsere Leser von geringerem Interesse ist und dafür hier nicht weiter referiert wird.)

Sitzung vom 4. Dezember 1917.

Prof. Franz Haböck: **Die Eunuchenstimme und ihre künstlerische Verwendung.** Die Kastration von Knaben im kindlichen Alter, d. h. vor Eintritt der Geschlechtsreife, bewirkt, daß der Kehlkopf im Wachstum zurückbleibt, er wächst wohl weiter, wenn auch nicht im gleichen Maße und im selben Tempo wie ein normaler Kehlkopf. Das Fehlen des sogenannten „Adamsapfels" ist ein altbekanntes Kastratenzeichen. (Auf die bereits vollständig entwickelten Stimmorgane Erwachsener übt eine spätere Kastration keine Wirkung aus.) Die starke Ausdehnung des Brustkorbes bei Säugerkastraten ist nur zum Teil auf die Wirkungen der Kastration zurückzuführen, einen wesentlichen Anteil hieran hat die schon von früher Jugend an betriebene Schulung des Atems. Wunderbar sind ihre Schwelltöne, das Messa di voce sowie das mühelose Bewältigen von Passagen von 20 und mehr Takten. Im Laufe der Jahre büßen fast alle Kastraten ihre Höhe teilweise ein, aber sie beherrschen trotzdem bis in ihr Alter den Sopranpart, der ja bei der älteren Kirchenmusik nie über das g hinausgeht. dem langsamen, sorglich gehüteten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausreifen des Organs entspricht auch eine längere Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Einfluß des Alterns. Es scheint, daß bei den Kastraten keine „Altersmutation", wie wir dieselbe nach dem 50. Lebensjahre bei normalen Männern beobachten, stattfindet; die Elastizität des Kehlkopfes bleibt länger erhalten, da keine Verknöcherung und wohl auch kein Muskelschwund eintritt.

Die künstlerische Verwendung der Eunuchenstimme ist schon im Altertum nachweisbar. Vom 4. bis zum 20. Jahrhundert finden wir Eunuchen in der christlichen Kirche als Sänger. Auf der Bühne sangen sie von 1600—1830. Das im 17. und 18. Jahrhundert immer wieder erneuerte Verbot der Päpste, welches Frauen vom Auftreten auf dem Theater ausschloß, hatte zur Folge, daß in Italien und sonstigen katholischen Ländern, so auch in Deutschland, Kastraten als Vertreter weiblicher Partien auftraten.

Die Kunst und das Ansehen der Kastraten begann erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts unter dem Einfluß der musikdramatischen Werke von Gluck und Mozart zu verblassen. Aber noch bis in die 30er Jahre finden wir sie in manchen Hofkapellen Deutschlands, in der weltberühmten Capella Sistina in Rom bilden sie bis zum heutigen Tage die Sensation und das Entzücken der Hörer. Der letzte Glanz dieser eigenartigen Sängergattung ruht auf dem trotz seiner Jahre — er steht derzeit im 65. Lebensjahre — stimmgewaltigen Professor Alessandro Moreschi, der auch heute noch über eine herrliche Stimme und einen unvergleichlichen Schwellton verfügt. (Am Schlusse seiner hochinteressanten Ausführungen führte Prof. Haböck einige Phonogramme, darunter auch solche Moreschis, vor.)

Aussprache.

Prof. Réthi: Viele stellen sich unter Eunuchenstimme eine sogenannte Fistelstimme vor, wie wir sie beim Mutieren beobachten, indem die Stimme aus dem Brustregister zeitweilig ins Falsett umschlägt oder dauernd im Falsett erklingt. Auch mit der Kopfstimme ist sie nicht identisch, sondern es handelt sich um eine Stimmlage, die durch die Kleinheit des Kehlkopfes und der Stimmbänder bedingt ist; innerhalb der Grenzen des kleinen Kehlkopfes kommen dann, der Größe desselben entsprechend, die einzelnen Register in normaler Weise zur Geltung.

Dr. L. Stein: Es ist zu begrüßen, daß der für verschiedene Stimmstörungen sowie auch für die Falsettstimme vielfach mißbrauchte Ausdruck „eunuchoide" Stimme nunmehr eliminiert erscheint.

Prof. Haböck (Schlußwort): Der Grund, daß die Kastratenstimme von manchen für Falsettstimme gehalten wurde, ist hauptsächlich der, daß — wohl schon seit dem 15. und 16. Jahrhundert — eine ganz eigenartige Ausbildung der männlichen Falsettisten stattfand, deren Resultat mit den stimmlichen Leistungen der Kastraten viel Verwandtes hatte. Wie häufig diese „gewisse Behandlung" der Stimme durch (ein eigenartiges Stimmtraining) Kastration unterstützt wurde, ist nicht mit Sicherheit zu sagen, sicher ist, daß Falsettist und Kastrat seit altersher oft verwechselt und von manchen Autoren direkt identifiziert wurden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sitzung vom 5. Februar 1918.

Nach Erledigung der Generalversammlung erhält Dr. O. v. Hovorka das Wort zu seinem angekündigten Vortrag: **Die Sprache und ihre Störungen bei schwachsinnigen Kindern.** Die Sprachentwicklung eines Kindes ist bei Schwachsinn eines der wertvollsten Merkmale für die Beurteilung des geistigen Gebrechens. Der Vortragende bespricht die Beziehungen der Anfänge der Sprache bei Kindern und beim Urmenschen, erörtert die Bedeutung der Gebärdensprache, welche beim Tiere und beim Urmenschen einen hohen Wert besitzt, zieht die Begriffe des sogenannten Ohren- und Augenmenschen in Betracht, weist auf die große Bedeutung des Eindringens in das Wesen der inneren Sprache hin und geht dann schließlich auf die Einteilung der Sprachstörungen ein, welche je nach Form und Inhalt, Artikulation, Zeitpunkt ihres ersten Auftretens und mit Rücksicht auf ihre Begleitumstände verschieden sind. Die Sprachstörungen sind teils angeborene, teils erworbene. Zu den häufigsten Erscheinungen des Zurückbleibens geistiger Fähigkeiten gehört die verspätete Entwicklung der Sprache, hingegen finden wir Stottern bei derartigen Individuen relativ selten. Der Vortragende bespricht dann alle häufiger vorkommenden Sprachstörungen und erwähnt auch einen Fall von sogenannter Vokalsprache, einer äußerst seltenen Sprachaffektion. Die Sprache des achtjährigen, mit mittlerem Schwachsinn behafteten Knaben bestand eigentlich nur aus lauter Vokalen, von den Konsonanten wurden alle verschluckt. Er sagte z. B.: I i e o o n a u e = „Ich bitt' Herr Doktor um ein Zuckerl". Es ist dies eigentlich ein komplettes Tatalstammeln, die Verständigung mit einem derartigen Individuum nur mit Zuhilfenahme dessen Gebärdensprache halbwegs möglich. Die Sprachstörungen, Sprachgebrechen und Sprachhemmungen bieten sowohl ihrer Form als auch ihrer Ätiologie entsprechend das Bild einer ungemein großen Mannigfaltigkeit.

Aussprache.

Doz. Dr. G. Hüsing macht einige Bemerkungen betreffend den „Mongolismus". Auffallend ist die Ähnlichkeit dieser pathologischen „Mongolen" in den Gesichtszügen mit den sogenannten „mongoloiden" Völkern, den Altaiern.

Dr. H. Stern: Ich möchte aus den interessanten Ausführungen des Herrn Vortragenden nur einen Punkt hervorheben, nämlich die von ihm und anderen Autoren gemachte Beobachtung, daß sich unter den geistig zurückgebliebenen Individuen nur wenige Stotterer finden. Das stimmt auch mit meinen Erfahrungen überein und wirft ein Licht auf unsere Anschauungen über die Ätiologie des Stotterns. Wir wissen ja, daß beim normalen Kinde in einer gewissen Periode ein Mißverhältnis zwischen Denk- und Sprachgeschäft statthat; weitaus die meisten Kinder machen diese mehr oder weniger lange dauernde Periode durch, es kommt auch während dieser Zeit zu einer Art von Poltern oder Stottern, weil eben die Gedanken dem Sprechmechanismus vorauseilen. Hier handelt es sich aber nur um intermittierend auftretende Sprachstörungen, die bei normalen Kindern bald spontan verschwinden, bei neuropathisch veranlagten Kindern bildet aber diese Periode oft den Übergang zur Ausbildung eines echten Stotterns. Beim geistig zurückgebliebenen Kinde nun,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dessen Gedankengang ohnedies ein erschwerter und dessen Gedankenfülle eine geringe ist, kommt es fast nie zu dem oben beschriebenen Mißverhältnis und darin — vielleicht gibt es daneben noch andere ätiologische Momente — dürfte mit ein Hauptgrund liegen, daß bei Imbezillen und Idioten das echte idiopathische Stottern nur relativ selten konstatiert werden kann.

Dr. L. Stein macht Bemerkungen über die sogenannte innere Sprache (worunter wir alles verstehen, was unter der Schwelle unseres Bewußtseins in unserem Gehirn vorgehen muß, bevor wir einen Gedanken in Worte fassen und diese Worte nach außen projizieren) und weist weiter darauf hin, wie wertvoll es ist, die Störungen der Sprachentwicklung, sowie die der von Primitiven zu studieren, um klare Vorstellungen vom Wesen der Sprache zu erhalten.

Dr. H. W. Pollak und Dr. F. Hestermann behandeln einige linguistische Punkte des Vortrages. Dr. O. v. Hovorka (Schlußwort) betont in Ergänzung seiner Ausführungen, daß die von ihm getroffene Einteilung des Schwachsinns weniger aus wissenschaftlichen als aus praktischen Gründen gehandhabt wird; auch bildet sie die Basis für das amtliche Schema, nach welchem im niederösterreichischen Kinderhause in Gugging vorgegangen wird.

Sitzung vom 5. November 1918.

Prof. Dr. C. Réthi: **Experimentelle Untersuchungen über die Stimmregister.** Es wurden Untersuchungen an Membranen, an toten menschlichen Kehlköpfen sowie an lebenden vorgenommen, und zwar letztere mit der stroboskopischen Methode. Beim Brustton sieht man nun ausgiebige Exkursionen, die sich sichtbar bis auf die äußeren Partien der zylindrisch verdichteten Stimmbänder hinaus erstrecken und unregelmäßiges Flimmern an der oberen Fläche, von fibrillären Zuckungen des M. thyreoaryt. herrührend. Beim Falsetton sah R. eine andere Bewegungsform, aber nicht eine solche, bei der innerhalb der vibrierenden Partie eine Zone vorhanden war, die in Ruhe verblieb und wie sie als Knotenlinie von Oertel und Koschlatzoff beschrieben wurde. Man sieht nämlich den freien Rand des Stimmbandes nach aufwärts schwingen, dann rückt die Schärfe dieses Randes als eine Kante nach außen, während der freie Rand wieder abwärts geht, und diese Kante läuft, indem sie allmählich verstreicht, eine kurze Strecke weit lateralwärts ab. Es handelt sich demnach um eine wellenförmige Bewegung, die sich in der weichen Substanz des Stimmbandes an der Oberfläche desselben fortpflanzt. Nach Besprechung des Mechanismus der Falsettstimme berichtet der Vortragende über weitere Untersuchungen, die sich auf das Mittelregister bezogen. Bei diesem zeigte sich, daß ein ziemlich breiter Anteil des Stimmbandes schwingt, breiter als beim Falsett; das Stimmband ist flach und, was wesentlich ist, es laufen Wellen wie bei dem Kopfregister ab.

Somit haben die benachbarten Gesangsregister miteinander gewisse Merkmale gemeinsam, und zwar haben Brust- und Mittelregister das Gemeinsame, daß ein relativ breiter Stimmbandanteil schwingt, und das Mittel- und Kopfregister, daß sie bei beiden Wellen vorhanden sind. Ein qualitativer Unterschied jedoch, bei dem das charakteristische Merkmal

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in dem Auftreten von Wellen besteht, ist nur zwischen dem Brustregister einerseits und den beiden oberen Registern andererseits vorhanden. Von diesem, das Wesen bei der Entstehung und dem Mechanismus der Register beleuchtenden Standpunkte betrachtet, gehören demnach Mittel- und Kopfregister zusammen.

Katzenstein kam auf Grund von Versuchen am Hundekehlkopf zu dem Schlusse, daß, während bei der Bruststimme alle Kehlkopfmuskeln beansprucht werden, bei der Falsettstimme im wesentlichen nur die Stimmbandspanner in Wirksamkeit treten, die Schließer nur in viel geringerem Maße.

Jörgen Möller fand auf Grund von Radiogrammen, daß bei der Falsettstimme vorwiegend eine Tätigkeit der Spanner, insbesonders des M. crico-thyreoideus vorhanden sei.

Im Ganzen und Großen herrscht also jetzt eine einheitliche Auffassung über die Vorgänge und den Mechanismus bei den verschiedenen Tonregistern. Dr. Hugo Stern.

Aus den Sitzungen polnischer ärztlicher Vereine der Jahre 1914 und 1915.

Warschauer ärztlicher Verein.

Erbrich stellt **Röntgenogramme des Brustkastens mit Fremdkörpern** vor, die er 4 Kranken aus den Luftwegen entfernt hat: 1. einen mit Hilfe der oberen Bronchoskopie aus dem unteren Teil des rechten Hauptbronchus entfernten kleinen Knochen bei einem 23jährigen Mädchen 4 Monate nach dem Unfall, 2. einen mit Hilfe der Tracheotomie und der unteren Bronchoskopie aus dem rechten Hauptbronchus entfernten kleinen Knochen bei einem 5jährigen Kinde am 6. Tag nach dem Unfall, 3. einen 6 *cm* im Umfang umfassenden, mit Hilfe der oberen Bronchoskopie 14 Monate nach dem Unfall entfernten Knochen, 4. eine mit Hilfe der Tracheotomie und unteren Bronchoskopie aus dem Bronchus eines 5jährigen Knaben 5 Monate nach dem Unfall extrahierte Revolverkugel.

Srebrny hält einen Vortrag unter dem Titel: **Über perioesophageale Phlegmonen infolge von Oesophagusverletzungen.** Vortr. führt 4 Fälle von schweren Komplikationen infolge von Fremdkörpern im Oesophagus an, von denen zwei letal endeten. In allen Fällen waren die Ursache der Komplikationen Manipulationen, welche blindlings mit Instrumenten im Oesophagus vorgenommen worden waren; in 3 Fällen fand man perioesophageale Phlegmone. Diese Komplikation entsteht infolge Durchbohrung des Oesophagus infolge des Übergreifens eines entzündlichen Prozesses von dem Oesophagus auf das perioesophageale Gewebe, infolge Eindringens eines Fremdkörpers in das perioesophageale Gewebe oder auch infolge der Infektion einer Oesophaguswunde durch die Einführung einer nicht sterilisierten Sonde. Von dem perioesophagealen Gewebe kann die Entzündung auf den Kehlkopf, die Luftröhre, die Lungen, die Pleura, das Endocardium, Mediastinum übergehen und sogar eine letale Blutung infolge Arrosion der Aortenwände verursachen. Die Entstehung einer Phlegmone kann nur verhütet werden durch Verwerfung aller sogenannten blinden Methoden (Sonde, Korb, Haken). Als einzig rationelle Methode erachtet

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Srebrny prinzipiell die Oesophagoskopie und Oesophagotomie (nach seiner Statistik 5,4% Mortalität). Die Behandlung einer Phlegmone beruht auf ihrer breiten Eröffnung, der Drainierung des Mediastinum und in der Trendelenburgschen Lagerung des Pat. Bei Affektion der tieferen Teile des Mediastinum ist die Eröffnung des hinteren Mediastinum angezeigt, was jedoch bis jetzt immer zum letalen Ende führte. Der Übergang der Entzündung auf die benachbarten Organe erfordert entsprechende Behandlung derselben. Blutung aus den arrodierten Halsarterien soll durch Tamponierung der Wunde, durch Kompression oder durch Unterbindung des blutenden Gefäßes gestillt werden.

Gantz tragt vor: **Über die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus.** Fremdkörper im Oesophagus lagern sich fast ausschließlich an der sogenannten Speiseröhrenmündung. Bei der Untersuchung solcher Kranker soll man eine genaue Anamnese aufnehmen, welche die Orientierung erleichtert und eventuell Schlüsse auf eine falsche Angabe (wie bei Hysterischen) gestattet. Weiterhin wird die Bedeutung der Inspektion und der Palpation des Halses (auf Symptome von Gewebsentzündung, Phlegmone, Emphysem), der Untersuchung des Pulses, der Temperatur und der Röntgendurchleuchtung hervorgehoben. Gantz verdammt die sogenannten „blinden" Extraktionsmethoden und erachtet als einzig richtige Methode die Oesophagoskopie ohne Mandrin resp. den Oesophagusschnitt, welcher, rechtzeitig ausgeführt, bessere Resultate ergeben wird als gegenwärtig. Solche Fremdkörper sollen möglichst schnell entfernt werden, da ihre Anwesenheit im Oesophagus mit unberechenbaren Folgen droht.

Rubinot demonstriert das Röntgenogramm eines Pat. mit **Aortenaneurysma,** welcher ausschließlich nur über Beschwerden beim Schlingen klagte, und macht auf die Gefahr aufmerksam, die solchen Pat. droht, wenn sie ohne vorausgegangene Durchleuchtung sondiert werden.

Aussprache.

Janowski meint, daß die Schlingbeschwerden auch von entzündlichen Prozessen in der Wirbelsäule abhängen können, und behauptet, daß in Fällen von Aneurysma die Pat. oft feste Speisen frei schlingen können und nur bei flüssigen würgen.

Skarbowski erklärt diese Erscheinung damit, daß die peristaltischen Wellen des Oesophagus oft Flüssigkeiten nach oben schleudern, feste Speisen hingegen nach unten stoßen.

Grundzach hat dieses Symptom bei Neurose des Oesophagus beobachtet.

Rejchman hat dieses Symptom gleichfalls und nicht nur bei Aneurysma beobachtet. Was die Sondierung betrifft, ist dieselbe bei Aneurysmen allzu sehr zu fürchten.

Janowski spricht von einem Fall mit Aneurysma, bei dem während der Sondierung eine letale Blutung eingetreten ist.

Grudzinski trägt vor: **Über die genaue Lokalisation von Fremdkörpern mit Hilfe der Röntgenstrahlen.** Die gewöhnlichen Röntgenaufnahmen, welche Fremdkörper nachweisen, geben keine genaue Vorstellung über die Lage des Fremdkörpers infolge der sogenannten zentralen Projektion der Röntgenschatten und keinen Begriff über die Tiefe, in welcher der Fremdkörper sich befindet. Die Radiographie ist, wenn auch eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

umständliche und kostbare, doch die einzige Methode, welche in allen Fällen genaue und unfehlbare Resultate ergibt. Die Untersuchung findet in folgender Weise statt: 1. Vorerst wird eine Orientierungsaufnahme vorgenommen zur annäherungsweisen Bestimmung der Lage des Fremdkörpers; 2. es wird die für die Untersuchung und für eine eventuelle künftige Operation geeignetste Lage des Pat. gewählt; 3. in dieser Lage wird die sogenannte Lokalisierungsaufnahme vorgenommen, welche darauf beruht, daß von zwei Stellungen der röntgenischen Lichtquelle aus zwei Aufnahmen auf einem Klischee verfertigt werden, wobei sowohl am Körper des Pat. als auch auf dem Klischee der Punkt bestimmt wird, auf welchen der zentrale Strahl fällt; 4. es werden die zur genauen Lokalisation notwendigen Berechnungen an dem Klischee ausgeführt und 5. die Daten von dem Klischee auf den Körper des Kranken übertragen. Zur Erleichterung der Berechnungen verwendet Fürstenau den von ihm erfundenen Zirkel. Grudzinski bedient sich zu diesem Zwecke einer eigenen graphischen Methode. Von den einzelnen Stellen des Körpers, in denen Fremdkörper lokalisiert werden, verdienen die Orbita und der Augapfel eine besondere Aufmerksamkeit. Bis jetzt waren zwei genaue Methoden zur Lokalisierung von Fremdkörpern in der Orbita bekannt: die von Sweet und von Grossmann. Grudzinski beobachtete, vom Standpunkt der Grossmannschen Methode ausgehend, eine graphische Methode zur Lokalisierung von Fremdkörpern im Augapfel so genau, wie dies bis jetzt noch nie der Fall war. Die Methode beruht auf der genauen Untersuchung der Richtungslinie, in welcher die Fremdkörper während der Bewegung des Augapfels in verschiedenen Richtungen und unter einem bestimmten Winkel verschoben werden.

Aussprache.

Skarbowski betont, daß die Methode von Fürstenau sich nur für flache und runde Körper eignet; hingegen ist am besten die Radioskopie insofern, als man bei genauer Zentralisierung der Linse vier Projektionen erhält. Offenbar betrifft dies Fälle, in welchen der Fremdkörper von allen Seiten betrachtet werden kann.

Hewelke fragt, wie die Tatsache zu erklären ist, daß die Radioskopie die Anwesenheit eines Fremdkörpers nachweist, der bei der Sektion nicht gefunden wird.

Grudzinski erwidert, es ging ihm nicht um den Vorzug der Radiographie über die Radioskopie oder umgekehrt. Sein Zweck war, den Unterschied zwischen einem gewöhnlichen Orientierungsklischee und der eigentlichen radiographischen Lokalisation nachzuweisen. Wenn sich manchmal bei der Sektion ein Fremdkörper nicht an der von der Radioskopie nachgewiesenen Stelle findet, so ist damit durchaus nicht die Möglichkeit ausgeschlossen, daß er in irgend einer anderen Körpergegend vorhanden ist.

Janowski spricht über: **Erschwertes Schlingen von Flüssigkeiten als Frühsymptom einer Erweiterung der Aorta.** Janowski hat durch längere Zeit eine Pat. beobachtet, welche über Unmöglichkeit, Flüssigkeiten zu schlingen, klagte, während sie feste und dichte Speisen ungestört schlingen konnte; bei dieser Kranken traten im Laufe der Zeit Symptome eines Aortenaneurysmas auf, an dem sie zugrunde ging. Dieselbe mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinung hat der Vortr. in der Folge

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an einer Reihe von Fällen mit erweiterter Aorta beobachtet. Die Pathogenese dieses Symptoms erklärt Janowski mit der Abhängigkeit der Unmöglichkeit des Schlingens von peristaltischen Bewegungen des Oesophagus oberhalb des Hindernisses.

Aussprache.

Putawski beschreibt einen Fall, in welchem das erschwerte Schlingen seiner Ansicht nach von dem Druck abhing, der von dem stark vergrößerten Herzen auf den Oesophagus ausgeübt wurde.

Srebrny unterscheidet im Material des Vortr. zwei Kategorien von Kranken: 1. solche, die gar nicht schlingen konnten oder sich verschluckten infolge Insuffizienz des Kehlkopfes (Infiltration seiner Gewebe oder doppelseitige Recurrenslähmung), 2. solche mit gewissen Schlingbeschwerden beim Schlingen von Flüssigkeiten (Symptom von Neurasthenie). Ein Kranker mit Larynxinsuffizienz kann in liegender Position mit über den Bettrand hervorstehendem Kopf aus einer Flasche trinken, indem er den Flaschenhals in einem Mundwinkel hält.

Sokolowski meint, daß dieses Symptom selbst während einer beginnenden einseitigen Recurrenslähmung auftreten kann. Eine bedeutende Erweiterung des rechten Vorhofs kann eine Recurrenslähmung verursachen.

Pawinski betont, daß nur sehr große Aneurysmen durch Druck Erschwerung des Schlingens hervorrufen können; diese Störung hat er in einem Falle von Angina pectoris beobachtet, den er näher beschreibt; er zweifelt, ob die Ursache von Schlingstörungen durch den Druck bedingt sein kann, welcher seitens einer erweiterten linken Vorkammer auf den Oesophagus oder den Recurrens ausgeübt wird.

Srebrny trägt vor: **Aus der Kasuistik der Trachealstenosen.** Nach eingehender Besprechung von 5 kasuistischen Fällen kommt Vortr. zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. häufige Anfälle von Heiserkeit, gewöhnlich ohne subjektive Reizerscheinungen, müssen die Aufmerksamkeit in der Richtung einer Kompression der Trachea durch eine erweiterte Carotis oder einen Mediastinaltumor lenken; 2. ein eigentümlicher, schreiender, kruppähnlicher Husten ist ein Zeichen einer Stenose der Luftröhre, zumeist infolge einer Kompression; 3. die Diagnose einer durch die Kompression seitens eines vergrößerten Thymus bedingten Trachealstenose ist schwer und erfordert eine eingehende und allseitige Untersuchung; 4. Granulome der Trachea, die nach einer Tracheotomie oder auf dem Boden eines ulcerösen Prozesses entstanden sind, sollen auf natürlichem Weg (Tracheotomia superior) entfernt werden; 5. dasselbe betrifft Neubildungen, zumeist gutartige, der Trachea; 6. zu den Störungen im Dekanülement kommt eine Verengerung der Trachea, welche durch eine während der Tracheotomie zustande gekommene Verletzung der hinteren Tracheal- und der vorderen Oesophaguswand mit konsekutiver Einklemmung der Oesophaguswand in der Wunde der hinteren Trachealwand verursacht worden ist. Die Behandlung beruht auf der Vernähung der aufgefrischten Wundränder beider Organe. Dieselbe Behandlung ist in Fällen von nicht heilenden, durch heilbare Prozesse verursachten Oesophago-Trachealfisteln in Anwendung zu bringen.

Aussprache.

Putawski bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose einer Thymusvergrößerung, betont, daß die Röntgenographie hier gewöhnlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

täuschende Resultate ergibt und daß man sich nur auf die Blutuntersuchung (Leukopenie und hochgradige Lymphocytose) verlassen kann.

Aus den Verhandlungen polnischer medizinischer Gesellschaften (1915—1916).

A. Aus den Sitzungen der Warschauer ärztlichen Gesellschaft.

Sinolecki stellt 1. eine Pat. nach **operativer Heilung eines chronischen Stirnhöhlenempyems** vor. Sinolecki hat in diesem Fall die gewöhnliche Trepanation ausgeführt und ein in kurativer und kosmetischer Beziehung günstiges Resultat erzielt.

2. Eine auf operativem Wege geheilte Pat. (Caldwell-Lucsche Methode in Äthernarkose durch den Mastdarm) mit doppelseitigem **Empyem der Highmorshöhlen.**

B. Aus den Sitzungen des Warschauer oto-laryngologischen Vereins.

Heryng demonstriert einen Sterilisations- und Inhalationsapparat eigener Erfindung und erklärt seine Wirkung und seine Sterilisationsfähigkeit.

Aussprache.

Sinolecki fragt um den Preis und meint, es sei nicht wünschenswert, daß derselbe Apparat zur Inhalation und zur Sterilisation dienen soll.

Lubliner meint, daß der Apparat viele Fragen betreffend die Sterilisierung von Wasser und von Instrumenten und die Inhalation entscheidet.

Heryng: Der Kostenpunkt ist noch nicht festgestellt. Irgendwelche Gefahr für die Sterilisation mit einem Apparat, der auch zur Inhalation dient, sieht Heryng nicht.

Lubliner stellt einen Fall mit **Ulcerationen und Infiltrationen des weichen Gaumens und Verwachsung der Nasenlöcher** bei einem 10jährigen Knaben vor, welcher vor einem halben Jahr an Cholera und vor einigen Monaten an Scharlach erkrankt gewesen sein soll.

Aussprache.

Srebrny vermutet im demonstrierten Fall eine Form alter Syphilis, wofür die Narben in der Nasenracheнhöhle sprechen.

Heryng fragt, wann die besprochenen Erscheinungen aufgetreten sind, ob die Wassermannprobe gemacht worden ist.

Guranowski erinnert an einen Fall, wo bei dem Kinde eines Kollegen nach Scharlach Symptome von Nekrose des Nasenbeines und der Nebenhöhlen aufgetreten sind. Er möchte Syphilis nicht annehmen, da dabei nach 4 Monaten keine so festen Narben sich bilden können.

Mesz bemerkt, daß derartige Scharlachdestruktionen immer sehr schwer sind und gewöhnlich letal endigen, weshalb also hier Syphilis anzunehmen ist.

Lubliner erwidert, daß hier die Wassermannprobe wegen kurzen Aufenthaltes des Kranken auf der Abteilung noch nicht vorgenommen worden ist.

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Heryng schlägt für das klinische Gesamtbild die röntgenographische Aufnahme der Narbenhöhle vor.

Heryng spricht: **Über die operative Behandlung der Singstimme.** (S. Referat.)

Aussprache.

Lubliner erwähnt, daß er den größten Teil der von Heryng operierten Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, und macht darauf aufmerksam, daß dieser Eingriff als technisch schwer und nicht ganz gleichgültig mit Rücksicht auf die möglichen Folgen vorsichtig und nur bei Sängern vorgenommen werden soll, die auf die eventuellen Folgen vorzubereiten sind. Im Fall Fr. ist nach Lubliner eigentlich nicht eine Decortication, sondern eine gewöhnliche Ablösung des degenerierten Schleimgewebes ausgeführt worden. Lubliner fragt, ob Heryng diese Methode in der Praxis als unschädlich empfehlen kann.

Sinolecki operiert Sängerknötchen bei nichtprofessionellen Pat. nach der Decorticationsmethode mit befriedigendem Erfolg.

Srebrny erachtet die bloße Definition des Eingriffes als nicht präzis. Er selbst hat die Decortication gemacht, aber nicht bei Sängern. Grundsätzlich kann eine solche Operation nicht ohne negative Folgen für die Singstimme ausgeführt werden, da sie eine Narbe verursacht, welche im besten Fall nicht ohne Schaden für die Stimme bleiben kann. Nach seiner Ansicht ist die Decortication bei Sängern grundsätzlich kontraindiziert und kann nur in Ausnahmsfällen beim Mangel anderer Methoden und nur unter allem Vorbehalt in Betreff der möglichen Folgen empfohlen werden.

Heryng erwidert, daß diese Methode grundsätzlich in der weiteren Praxis empfohlen werden kann, mit einem gewissen Vorbehalt in Bezug auf Sänger, denen die möglichen Folgen im vorhinein vorgestellt werden sollen. Eine gut ausgeführte Decortication gibt unbedingt vollkommen befriedigende Resultate, wie die Fälle vom Sänger M. und von der Sängerin J. R. beweisen, welche nach der Operation längere Zeit mit Erfolg auf der Bühne auftreten konnten. Derselben Ansicht sind auch Labus u. a., welche diese Methode in ausgedehntem Maße angewendet haben. Er selbst hat die Lust zu dieser Methode nur für professionelle Sänger verloren. Er ist nicht der Ansicht von Srebrny, daß die Decortication auch Narben verursacht.

Lubliner erwähnt in Ergänzung des in der vorigen Sitzung vorgestellten Falles mit den Veränderungen im weichen Gaumen und an der Nase, daß dieser Fall sich auf Grund der klinischen Beobachtung und der spezifischen Behandlung als **syphilitischer Natur** erwies.

Mesz demonstriert einen Fall von einer **Zahncyste** in der linken Nasenhöhle unter der unteren Muschel bei einem älteren Knaben.

Aussprache.

Lubliner bemerkt, daß Zahncysten, die Tränenträufeln verursachen, zu den sehr seltenen Fällen gehören. Er hat selbst einen Polypen unter der unteren Muschel beobachtet, welcher gleichfalls Tränenträufeln verursachte, das nach Beseitigung des Polypen aufhörte.

Finkelkraut stimmt der Diagnose Zahncyste nicht zu, weil die Zähne ganz gesund sind.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Srebrny meint, daß die Zahncysten oft von der Nase aus diagnostiziert werden können, und rät, nach Ausführung eines Röntgenogramms des Kiefers den kranken Zahn zu extrahieren.

Srebrny hält einen Vortrag unter dem Titel: **Laryngitis ventricularis hyperplastica.** (S. Referat.)

Aussprache.

Zamenhof unterscheidet, gestützt auf die jüngste Literatur und auf eigene Beobachtungen, zwei Kategorien: 1. den eigentlichen Prolapsus ventriculi Morgagni, welcher in dem Anfangsstadium ausschließlich auf einer Inversion der Tasche beruht, zu der in der Folge, durch das kontinuierliche Trauma verursacht, katarrhalische Veränderungen bis zur Pachydermie hinzutreten, die jedoch ausschließlich den gewendeten Sack betreffen. Zamenhof hat selbst einen Fall von Umstülpung der Tasche im Anfangsstadium beobachtet, die mit Hilfe der Sonde wieder reponiert werden konnte. 2. Die zweite Kategorie betrifft die sogenannte Pachydermia ventricularis M., welche immer von Pachydermie der hinteren Kehlkopfwand begleitet ist. Dieser Prozeß beginnt idiopathisch vom Boden der Tasche und verursacht sekundär die Umstülpung derselben. In diesen Fällen ist eine Reposition des Sackes unmöglich. Zu dieser Kategorie möchte Zamenhof die Fälle von Srebrny zählen.

Hertz M. kann sich die Möglichkeit einer Reposition einer invertierten Tasche nicht vorstellen. Hertz hat in seinen Fällen immer gleichzeitige Hypertrophie der hinteren Wand beobachtet.

Mesz hat gleichfalls keinen Fall von Inversion der Morgagnischen Tasche gesehen, die reponiert werden konnte.

Lubliner hat viele Fälle von Umstülpung der Morgagnischen Tasche gesehen. Nach seiner Ansicht ist in jedem einzelnen Falle der pathologisch-anatomische Prozeß ein verschiedener. Prolapsus M. in jugendlichem Alter hat er nicht beobachtet. Gewöhnlich tritt diese Krankheit bei Säufern auf. Vermutlich ist auch Tuberkulose und Syphilis als Ursache anzuerkennen. Die Untersuchung excidierter Gewebsstückchen bestätigte überall Veränderungen katarrhalischer Herkunft. Die vom Vortr. vorgeschlagene Bezeichnung erachtet Lubliner als nicht korrekt.

Srebrny gibt zu, daß, obgleich die Untersuchungen von Fraenkel die anatomisch-pathologische Herkunft des sogenannten Prolapsus ventriculi M. in hohem Grade beleuchten und ihm den Charakter einer idiopathischen Ausstülpung benehmen, es in der Literatur doch einige Autoren gibt, welche weiterhin die Inversion der Morgagnischen Tasche als möglich anerkennen.

Heryng demonstriert einen Fall von **Laryngosklerom nach der Laryngotomie.**

Hertz M. trägt vor: **Tonsillotomie oder Tonsillektomie bei Kindern.** (S. Referat.)

Aussprache.

Heryng stellt die historische Entwicklung der verschiedenen Eingriffe an den Mandeln dar und demonstriert eine Reihe von Instrumenten zur Tonsillotomie. Nach seiner Ansicht soll vor jedem operativen Eingriff der Zustand der Mandeln, der Nase und der Nebenhöhlen genau unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sucht werden. Er selbst bediente sich bei der Tonsillotomie oft der galvanokaustischen Schlinge mit gutem Erfolg. Die Schlinge kann auch mit Erfolg durch spezielle Zangen ersetzt werden. Bei Kindern bis 8 Jahre ist die Tonsillektomie überflüssig und kann nur in Ausnahmsfällen empfohlen werden. Bei Sängern soll man mit dieser Operation vorsichtig sein mit Rücksicht auf die Veränderung der Stimme.

Korybut Daszkiewicz sucht auf drei Hauptfragen zu antworten, die sich vor der Anwendung der Tonsillektomie aufdrängen: 1. Ist die Operation gefährlich? 2. Verursacht sie irgendwelchen Schaden für den Organismus in physiologischer Beziehung? 3. Welches sind ihre Indikationen? Er selbst hat mehrere Fälle von Tonsillektomie beobachtet. Auf die zwei ersten Fragen möchte er, gestützt auf sein Material, verneinend antworten, da er deutliche üble Folgen unmittelbar nach dieser Operation nicht gesehen hat. In zwei Fällen hat er zwar Verallgemeinerung der Tuberkulose beobachtet, doch wagt er nicht zu entscheiden, ob dies post hoc oder propter hoc geschehen ist. Jedenfalls rät er, in jedem Fall vor der Operation genau in der Richtung von Tuberkulose oder Löfflerschen Bacillen zu untersuchen. Die Entscheidung der dritten Frage gehört zur Kompetenz der Laryngologen.

Kramsztyte Julian macht darauf aufmerksam, daß auf dem Gebiet der Mandeloperationen in der Pädiatrie eine rücklaufende Welle eingetreten ist. Hautzutage wird den Tonsillen nicht mehr in demselben Grade die Bedeutung eines Herdes für verschiedene Krankheiten zugeschrieben wie ehedem, da jetzt ihre Quelle mehr in allgemeinen Dyskrasien gesucht wird. Mit Rücksicht darauf muß, wenn schon die Reihe der Indikationen zur Tonsillotomie abnimmt, dies in Bezug auf die Tonsillektomie noch mehr der Fall sein. Eine der häufigsten Indikationen sind hier rezidivierende Anginen, obgleich auch in diesen Fällen gewöhnlich die Tonsillotomie ausreicht. Jedenfalls soll man in allen operierten Fällen es nicht bei dem Operationseingriff allein bewenden lassen, sondern mit Rücksicht auf eine mögliche Dyskrasie allgemein diätetische Maßregeln in ausgedehntem Maße zur Anwendung bringen.

Lubliner unterwirft sämtliche an den Mandeln ausgeführte operative Eingriffe einer kritischen Prüfung. Operationskomplikationen kommen bei allen Methoden vor. Die Radikaloperation ist bei Kindern sehr selten angezeigt, gewöhnlich reicht die Tonsillotomie aus., Herzfehler, Nierenkrankheiten werden unbedingt nach Tonsillektomie nicht besser. Rezidivierende Anginen sind nicht ausschließlich auf krankhafte Prozesse in den Mandeln zurückzuführen, so daß die Abtragung der Tonsillen in solchen Fällen der Kritik nicht standhält.

Pieniazek hat im Verlauf von 10 Jahren ein großes Material von Tonsillektomie gesammelt. Er erachtet diese Operation bei Erwachsenen unbedingt als weniger gefährlich denn die Tonsillotomie. Bei Kindern liegt die Hauptschwierigkeit in der technischen Seite. Bei der Sektion der Mandeln seit 2 Jahren hat er nur selten keinen Eiter gefunden. Eiterung der Mandeln ist also eine häufigere Erscheinung, als sie klinisch beobachtet wird. Daraus folgt, daß Tonsilleneiterung keine absolute Indikation zur Radikaloperation abgibt.

Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Zamenhof stimmt mit dem Vortr. prinzipiell überein. Wenn man bei Kindern in der Wahl der Operation vorsichtig sein soll, so spielt dabei nicht die Schwierigkeit der Radikaloperation eine Rolle, da solche durch Operation in der Narkose vermieden werden kann. Die größten Schwierigkeiten bietet der Mangel streng begründeter Indikationen. Wenn bei Erwachsenen die Indikationen zur Tonsillektomie mehr weniger genau sind und in letzter Zeit sogar bedeutend erweitert wurden, so steht man bei Kindern, bei denen der Waldeyersche Ring sich im Stadium der Entwicklung befindet, vor dem Problem, ob die Entfernung der Mandeln auf die Entwicklung des Organismus nicht schädlich einwirken wird. Nach Ansicht Zamenhofs bilden weder rezidivierende Anginen noch häufig wiederkehrende extra- und intratonsilläre Abscesse eine hinreichende Indikation. In solchen Fällen hat die Erfahrung gelehrt, daß die Tonsillotomie vollkommen befriedigende Resultate gibt. Am richtigsten wäre die Indikation zur radikalen Entfernung der Tonsillen dort, wo nach Erschöpfung sämtlicher anderer Mittel und auch der Tonsillotomie die Prozesse in den Mandeln fortdauern.

Srebrny beruft sich auf die Versuche Heryngs mit Ruß und erinnert daran, daß die Tonsillen eine Filtrations-, also eine Abwehrfunktion in Bezug auf Infektionen haben. Man muß annehmen, daß die Mandeln bei Kindern eine große physiologische Rolle spielen, während sie bei Erwachsenen der Atrophie unterliegen. Nach Srebrny bilden häufige Abscesse und wiederkehrende Anginen eine Indikation zur Entfernung der Mandeln. Komplikationen, besonders Blutungen, sind nach Tonsillektomie sicherlich nicht häufiger als nach Tonsillotomie und eigentlich kommen Blutungen nach exakt ausgeführter Tonsillektomie sehr selten vor.

Dobrowolski ist ein Gegner der Tonsillektomie bei Kindern mit Rücksicht auf die technischen Schwierigkeiten, besonders bei doppelseitiger Operation. Was Komplikationen anbetrifft, hat er Parese der Stimmbänder hysterischer Herkunft beobachtet. Tonsillektomie bietet keine Sicherheit vor der Bildung von peritonsillären Abscessen. Dobrowolski beruft sich in dieser Beziehung auf einen mit Sokolowski beobachteten Fall.

Srebrny erwidert dem letzten Redner, daß der von ihm nach der Entfernung der Mandeln beobachtete Absceß sich wahrscheinlich in einem zurückgebliebenen Rest der Mandeln oder an einem Bogen gebildet hat.

Hertz M. betont im Schlußwort die Übereinstimmung der Warschauer Kollegen in Bezug auf die Tonsillektomie, während die ausländischen Kollegen in zwei Lager geteilt sind: in absolute Anhänger und Gegner der Tonsillektomie.

Pieniazek stellt einen Fall mit vollständiger **Atresie des Kehlkopfes und des oberen Teiles der Luftröhre vor,** betreffend ein $4^1/_2$jähriges Kind, bei dem vor $2^1/_2$ Jahren Tracheotomie nach Intubation wegen Krupp ausgeführt worden war. Nachdem noch zweimal die Laryngofissur ausgeführt worden ist, führt Pieniazek gegenwärtig die Dilatation des Kehlkopfes und des oberen Abschnittes der Trachea mit Hilfe eines an das Tracheotomierohr befestigten Drains durch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussprache.

Lubliner erinnert an einen eigenen Fall, betreffend ein 4jähriges Kind, bei dem der Prozeß 1½ Jahre dauert. Er steht jetzt gleichfalls vor der Frage, ob Laryngotomie auszuführen ist. Gewöhnlich verhält er sich grundsätzlich exspektativ, besonders wenn der Pat. gut atmet. Frühzeitige chirurgische Eingriffe geben bei Kindern keine guten Resultate.

Heryng fragt, ob bei der Laryngotomie die Narben ausgeschnitten wurden und ob der Drain keine Nekrose verursacht hat.

Pieniazek erwidert, daß die Narben ausgeschnitten worden sind und daß der Drain keine Nekrose verursacht hat.

Heryng verliest den ersten Teil seiner Arbeit unter dem Titel: **Verengerung der oberen Luftwege nach dem Luftröhrenschnitt.** In diesem Teil spricht Heryng von den Verengerungen, welche durch langes Liegen und unpassende Form des Rohres verursacht werden, und von der Cricotomie als Ursache solcher Stenosen.

Aussprache.

Sinolecki, gestützt auf seine Erfahrung in der Abteilung für Diphtheritiskranke, wo er Gelegenheit hatte, zahlreiche einschlägige Fälle zu beobachten, meint, daß unter den zahlreichen Ursachen der Stenose nach Tracheotomie die wichtigste von der mangelhaften schablonenmäßigen Beaufsichtigung seitens des Operateurs gebildet wird. Als Grundsatz soll angenommen werden: 1. möglichst frühzeitige Entfernung der Tracheotomiekanüle; 2. Vermeidung allzu langer Röhren. Stenosen entstehen am häufigsten infolge der um die Wunden sich bildenden Granulationen. Weil die Kanüle schon längere Zeit gelegen ist, muß man bei jedem Versuch, sie zu entfernen, trachten, die Granulationen zu beseitigen. Ebenso muß man besonders auch jene Stelle der Trachea achten, welche dem unteren Ende der Kanüle entspricht, da auch hier oft infolge fortwährender Reizung Granulationen aufzutreten pflegen. Sinolecki fürchtet nicht die hohe Tracheotomie und auch nicht die Cricotomie. Er würde jüngeren Kollegen raten, diese Methode überwiegend anzuwenden als einen in technischer Beziehung weniger komplizierten Eingriff.

Srebrny: Was die frühzeitige Entfernung der Kanüle betrifft, so ist das ein Grundsatz, an den sich alle Ärzte seit jeher halten. Er stimmt jedoch nicht mit der Ansicht überein, daß längeres Liegen der Kanüle mit Gefahr verbunden ist. Er selbst hat 4 Fälle nach Tracheotomie wegen Larynxpapillomen bei Kindern beobachtet und ist zur Überzeugung gelangt, daß nur langes Tragen der Kanüle Rezidiven der Papillome vorbeugt. In einem Fall lag die Kanüle 1 Jahr, in einem anderen 5, in einem dritten 2, in dem vierten, der noch in Beobachtung steht, liegt die Kanüle 1½ Jahre. Ein fünfter Fall betrifft ein 4monatliches Kind, bei dem wegen Krupp durch eine gewisse Zeit Intubation, dann Tracheotomie und nach Ablauf eines Jahres Laryngotomie ausgeführt worden ist. Durch ein ganzes Jahr führte Srebrny Zinndilatatoren ohne Erfolg ein. Schließlich wurde der ganze subchordale Teil des Kehlkopfes zirkulär ausgeschnitten und der Kehlkopf mit der Luftröhre vernäht. Die Kanüle wurde dann noch 4 Jahre zurückgelassen und die Trachealöffnung erst vernäht, als das Kind 12 Jahre alt war. Bei keinem dieser Fälle ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stenose des Kehlkopfes oder der Luftröhre aufgetreten und die Entfernung der Kanüle ging ohne irgend welche Schwierigkeit vonstatten. Die Ursache der Stenosen liegt nach Srebrny in der fehlerhaften Form der Kanüle. Obgleich Nekrotisierung der Trachealknorpel theoretisch Ursache von nachfolgenden Stenosen sein sollte, hat er doch solche Fälle von Nekrotisierung ohne Spur konsekutiver Stenose gesehen.

Heryng behält sich in seiner Erwiderung vor, daß er in seinem Vortrag nicht das ganze Thema umfaßt hat, daß er die Absicht hat, die Fortsetzung in einer der nächsten Sitzungen nachzutragen und deshalb vorschlägt, die weitere Aussprache über dieses Thema auf die nächste Sitzung zu verschieben.

Mit Rücksicht darauf schlägt Pieniazek vor, die Aussprache über seinen Fall fortzuführen und erwähnt in der Erwiderung auf die Bemerkung Sinoleckis, daß das untere Ende der Kanüle nicht so oft Granulationen in der Trachea hervorruft, wie dieser glaubt.

Lubliner stimmt mit Srebrny darin überein, daß das lange Tragen der Kanüle unschädlich ist und bei Papillomen tatsächlich gute Resultate ergibt. Bei einem 4jährigen Kind hat er gesehen, wie Papillome nach zweijährigem Tragen der Kanüle verschwanden. Die üblen Folgen der Tracheotomie sind am häufigsten nicht der schlechten Form der Kanüle, sondern der Methode der Operation und des postoperativen Verfahrens zuzuschreiben.

Sinolecki berichtigt seine Bemerkung und erklärt, daß er nicht eine ständige Granulationsbildung in der Gegend des unteren Kanülenendes behauptet hat, sondern auf diesen Umstand als auf einen der Ursachen aufmerksam gemacht hat, welche Trachealstenosen bewirken. Was die frühzeitige Entfernung der Kanüle betrifft, so hat er dabei nur an akute Fälle gedacht, wie z. B. an Fälle von Diphtheritis.

C. Aus den Sitzungen der klinischen Spitäler in Warschau.

Grudzinski demonstriert eine Reihe von Radiogrammen von Fremdkörpern im Organismus, darunter 1. **künstliche Zähne im Oesophagus,** 2. eine **Münze im Oesophagus** eines Kindes, 3. einen **Nagel in den Bronchien** eines Kindes. In allen Fällen Entfernung der Fremdkörper auf operativem Wege.

Sawicki: **Beitrag zur Nasenplastik.** Sawicki stellt eine 25jährige Pat. vor, der angeblich aus Eifersucht die Nasenspitze abgebissen worden war. Der Vortr. führte eine plastische Operation nach der Methode von Rouge aus; zu diesem Zweck bildete er durch zwei Querschnitte aus der Haut des Nasenrückens einen Lappen mit zwei an den seitlichen Oberflächen der Nase befindlichen Stielen. Mit diesem nach unten geschobenen Lappen wurde der knorpelige Defekt dieser Nasenpartie gedeckt. Der durch Vorschiebung des Lappens entstandene Substanzverlust wurde durch einen dem Oberarm entnommenen Lappen gedeckt. Resultat vollkommen befriedigend.

Aussprache.

In der Aussprache stellt Szteyrier eine Pat. vor, bei der vor einigen Monaten eine Rhinoplastik ausgeführt worden ist und gegenwärtig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Wunde auf der Stirne nicht nur nicht geheilt, sondern größer ist und der Knochen sich schwarz verfärbt zeigt. Es ergab sich, daß die Pat. vor drei Jahren mit Syphilis infiziert war und keine gehörige Kur durchgemacht hat. Dieser Fall beweist, wie gefährlich es ist, in einer Periode aktiver ungeheilter Syphilis die Rhinoplastik auszuführen.

Muttermilch demonstriert zwei mikroskopische Präparate von dem Belage eines Falles von **Angina Plaut-Vincenti.** Die bakteriologische Untersuchung des Belages auf die Gegenwart von Diphtheriebacillen ergab ein negatives Resultat. Die makroskopische Untersuchung des Belages ergab zahlreiche, typisch spindelförmige Stäbchen und zahlreiche Spirillen. Angina Vincenti kommt selten vor. Redner macht auf die hervorragende Wichtigkeit aufmerksam, in jedem einzelnen Fall zu konstatieren, ob man es mit der reinen Form von Angina Plaut-Vincenti oder mit einer Mischinfektion zu tun hat. In Fällen, wo Verdacht auf Syphilis besteht, soll die Untersuchung des Blutes auf Wassermannsche Reaktion gemacht werden. Muttermilch macht auf die besondere Gefahr der Mischinfektion aufmerksam. Reine Formen von Angina Vincenti endigen im allgemeinen günstig. In der Behandlung wurden günstige Resultate von der Anwendung von Salvarsan gesehen (Glycerinwattebäuschchen in Salvarsan eingetaucht). In Mischinfektionen soll die intravenöse Salvarsanbehandlung versucht werden.

Aussprache.

Pulawski fragt nach dem klinischen Bild der besprochenen Krankheit.

Konopachi erklärt, daß der Prozeß makroskopisch ganz an Diphtheritis erinnert.

Daszkiewicz hat einige unzweifelhafte Fälle von Angina Vincenti gesehen; sie charakterisiert sich vor allem durch einen Foetor ex ore wie bei Noma; der klinische Verlauf ist wie bei Diphtheritis; die Temperatur ist nicht hoch, höchstens einige Teilstriche über 38°. Redner betont die Tragweite der bakteriologischen Untersuchung der Sekrete, besonders der Nase.

Lipski teilt mit, daß im „Karl- und Marie-Spital" in den letzten zwei Jahren über 20 Fälle von Angina Vincenti beobachtet worden sind, darunter einige kompliziert mit Löfflerschen Kolben. Klinisch und anatomisch unterscheidet sich diese Krankheit von Diphtheritis; die Temperatur ist, wenn auch nicht hoch, doch höher als bei Diphtheritis; die Beläge auf den Mandeln sind mehr grünlicher Farbe, nicht flach, mehr blumenkohlartig, spezifisch übelriechend.

Der anatomische Prozeß beschränkt sich nicht ausschließlich auf die Oberfläche der Mandeln, sondern reicht in die Tiefe und gibt das Bild der sogenannten „Angina necrotica". Der Einfluß der Angina Vincenti auf den Verlauf der Löfflerschen Diphtheritis in komplizierten Fällen ist nicht ungünstig.

Tryjarski hebt hervor, daß diese Krankheit zu den seltenen gehört; er hat 5 bakteriologisch konstatierte Fälle gesehen. Die Temperatur ist im allgemeinen nicht groß; die Ulcerationen erinnern mehr an syphilitische, sind graugrünlicher Farbe und tief; die Behandlung soll eine lokale sein; der Prozeß dauert 2—3 Wochen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Minkiewicz und Grudzinski besprechen den Fall eines **Fremdkörpers im Oesophagus.** Die 19jährige Pat. verschluckte eine Kautschukprothese mit 2 Zähnen (Schneidezähne des Oberkiefers). Heftiger Schmerz in der Speiseröhre. Sofort vorgenommene flüchtige Untersuchung negativ. Die am folgenden Tag vorgenommene röntgenologische Untersuchung erwies die Prothese im Oesophagus in der Höhe des 6. Wirbels. Sofort vorgenommene Extraktionsversuche mit Hilfe der Oesophaguszangen blieben ohne Erfolg. Abermalige Durchleuchtung ergab, daß die Prothese über dem leeren Magen sich befindet. 48 Stunden nach dem Vorfall zeigte die röntgenographische Aufnahme, daß die Prothese in den Gedärmen links unterhalb des Magens sich befindet. Nach 96 Stunden Abgang der Prothese mit den Faeces. Die Vortr. ziehen folgende Schlußfolgerungen:

1. Bei der Diagnose von Fremdkörpern im Oesophagus sollen Sonden vermieden, hingegen Durchleuchtung und der Oesophagusspiegel angewendet werden.

2. Bei der Extraktion von Fremdkörpern aus dem Oesophagus darf man sich nur ausschließlich des Oesophagoskops und der X-Strahlen bedienen.

Maliniak stellt einen Kranken mit **Oesophagusstenose** wegen seiner ungewöhnlichen Beschwerden vor. Der über 50jährige Pat. klagt über Schmerzen an der rechten Seite, welche manchmal deutlich paroxysmalen Charakter annehmen, zeitweise aber kontinuierlich bestehen; daneben tritt Vomitus von ganz unregelmäßigem Typus auf; manchmal Erbrechen nach jedem Essen, dann wieder durch einige Tage Ruhe. Die Krankheit dauert 5 Monate und Pat. ist während der Krankheit stark abgemagert. In den Brustorganen, im Herzen keine Veränderung. Die Arterien etwas hart, der Puls manchmal arhythmisch. Bei der Untersuchung mit der weichen Sonde trifft man auf einen Widerstand in der Gegend der Cardia, der jedoch von der Sonde passiert wird. Bei Herausziehen der Sonde findet man in seiner Öffnung übelriechende Speisereste, welche mit Kongopapier keine Reaktion geben, und etwas Blut. Bei wiederholten Untersuchungen dringt die Sonde nicht in den Magen durch und beim Vordringen derselben in die Cardiagegend entleert sich aus ihrer Öffnung blutiger, flüssiger, fötider Inhalt. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab eine Verengerung im unteren Teile des Oesophagus und eine Erweiterung oberhalb derselben. Die Wirbelsäule auf Beklopfen nicht schmerzhaft. In den unteren Intercostalräumen links schmerzhafte Punkte. — Maliniak diagnostiziert krebsige Verengerung des Oesophagus mit Übergang des Neubildungsprozesses auf das perivertebrale Gewebe und Affektion der unteren Intercostalnerven durch die Neubildung oder durch einen sekundären entzündlichen Prozeß. Spira.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Wien (Vorstand: Hofrat V. Urbantschitsch).

Ohrbefunde bei sagittalen Durchschüssen des Gesichtes.

Von Privatdozent Dr. **Erich Ruttin**, Assistenten der Klinik.

Unter sagittalen Gesichtsschüssen wollen wir alle jene Schüsse verstehen, die mehr minder von vorn nach rückwärts den Gesichtsschädel durchsetzen. Diese Schüsse wollen wir wieder in 3 Gruppen teilen, und zwar: 1. Tangentiale Schüsse im oberen Gesichtsschädel, d. h. Schüsse, deren Ein- bzw. Ausschuß im oberen Teil des Gesichtes, d. h. in der Regio zygomatica oder orbitalis sich befindet, während der Aus- bzw. Einschuß ebenfalls in einer dieser Gegenden oder hinter dem Ohre am Warzenfortsatz oder am Halse der gleichen Seite sich befindet. 2. Tangentiale Schüsse im unteren Gesichtsschädel, d. h. Schüsse, bei denen der Ein- bzw. Ausschuß sich in der Wange oder am Unterkiefer befindet, der Aus- bzw. Einschuß hinter und unter dem Ohre oder am Halse. 3. Mehr minder wirklich sagittale Schüsse, d. h. Schüsse, bei denen der Ein- bzw. Ausschuß mehr minder in der Mittellinie liegen und die Richtung des Schusses vermuten läßt, daß das Geschoß an einer Stelle den Nasenrachenraum passiert hat.

Die Wirkung dieser Schüsse ist vor allem am Cochlearapparat nachweisbar. Wir möchten vorerst noch bemerken, daß wir in diese Arbeit nur Schüsse aufgenommen haben, die weder den Gehörgang noch das Felsenbein direkt verletzt haben. Die Schädigung des Gehörorgans kann daher in diesen Fällen nur eine Fernwirkung oder besser, sit venia verbo, Nachbarschaftswirkung sein. Teilen wir die Fälle nach der Stärke der Schädigung in 3 Gruppen, und zwar: a) Fälle mit schwerer Schädigung des Cochlearapparates, d. h. mit Taubheit oder Hörweite ad conch. für Konv.-Spr. auf der verletzten Seite. b) Fälle mit mittelschwerer Schädigung, d. h. mit Hörweite bis zu 4 *m* für Konv.-Spr. auf der verletzten Seite. c) Fälle mit ganz leichter Schädigung des Cochlearapparates oder ohne Schädigung.

Betrachten wir nun die Gruppe der Tangentialschüsse des oberen Gesichtsschädels, so sind in dieser Gruppe von 12 Fällen (Nr. 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 23) 7 schwergeschädigt (Nr. 1, 6, 8, 9, 15, 17, 23), 2 mittelschwergeschädigt (Nr. 4 und 9) und 3 nicht oder ganz leichtgeschädigt (Nr. 2, 5, 12).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von der 2. Gruppe, den Tangentialschüssen des unteren Gesichtsschädels, ist von 4 Fällen (Nr. 3, 7, 10, 24) keiner schwergeschädigt, 3 mittelschwer (Nr. 3, 7, 24) und 1 nicht geschädigt (Nr. 10).

Von der 3. Gruppe, den wirklichen Sagittalschüssen, sind von 8 Fällen (Nr. 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22) 2 schwergeschädigt (Nr. 13, 19), 1 mittelschwer (Nr. 16) und 5 nicht oder ganz leichtgeschädigt (Nr. 14, 18, 20, 21, 22).

Wir sehen also, daß vorwiegend die Tangentialschüsse des oberen Gesichtsschädels den Cochlearapparat schädigen, weniger die Tangentialschüsse des unteren Gesichtsschädels und die mehr reinen Sagittalschüsse.

Schon in unserer früheren Arbeit über die queren Gesichtsdurchschüsse haben wir darauf aufmerksam gemacht, daß von den das Schläfenbein nicht direkt verletzenden Gesichtsschüssen vor allem die Schüsse den Cochlearapparat schädigen, die einen an das Schläfenbein direkt oder durch einen Schaltknochen angrenzenden Knochen treffen. Aus demselben Grunde dürften auch die Tangentialschüsse des oberen Gesichtsschädels den Cochlearapparat mehr und häufiger schädigen als die übrigen sagittalen Gesichtsschüsse. Die Ursache der Schädigung ist wohl die sich auf das Felsenbein übertragende Erschütterung. Daß diese offenbar auch ohne direkte Verletzung des Felsenbeines eine sehr erhebliche Schädigung bewirken kann, geht daraus hervor, daß ja von allen 24 Fällen 7, also fast ein Drittel auf der Seite der Verletzung taub wurden. Von unseren Tangentialschüssen des unteren Gesichtsschädels sind die meisten Schüsse durch die Weichteile der Wange gegangen, diese schädigen das Gehörorgan wenig oder gar nicht, wenn der Ein- bzw. Ausschuß nicht am Warzenfortsatz, sondern am Hals oder Nacken liegt. Von diesen 4 Fällen (Nr. 3, 7, 10, 24) waren zwar 3 (Nr. 3, 7, 24) mittelschwer geschädigt, doch lag in 2 Fällen (Nr. 3 und 7) der Ausschuß am Warzenfortsatz und in einem Fall (Nr. 24) war wahrscheinlich, nach der Schußrichtung zu schließen, der Warzenfortsatz auch betroffen.

Daß die wirklichen Sagittalschüsse mit dem Ausschuß im Nacken den Cochlearapparat so wenig schädigten, steht scheinbar im Widerspruch mit dem Resultate, das die queren Gesichtsschüsse in unserer früheren Arbeit lieferten. Dort haben wir gefunden, daß beim Durchschuß der Regio nuchae verhältnismäßig häufig schwere Schädigung des Cochlearapparates vorkommt. Der scheinbare Widerspruch klärt sich aber auf. Die queren Durchschüsse der Regio nuchae gehen an der Schädelbasis nahe an den unteren Felsenbeinflächen vorbei und schädigen wahrscheinlich dadurch das innere Ohr. Dagegen gehen die sagittalen Durchschüsse durch den Nasen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rachenraum und treten meist schon ziemlich tief unter der Schädelbasis in die Regio nuchae ein. Von unseren 8 Fällen sprechen übrigens auch die beiden schwergeschädigten Fälle nicht gegen diese Annahme, denn in diesen beiden Fällen war das einemal der Einschuß knapp über dem Tragus (Nr. 13), das anderemal (Nr. 19) am Warzenfortsatz, also beide Male konnte das Ohr direkt geschädigt werden. Auch bei dem einen mittelschwergeschädigten Fall (Nr. 16) war der Einschuß im Mund, und zwar am Kiefer, der Ausschuß am Halse derselben Seite, die Schußrichtung ging unter dem linken Felsenbein vorbei.

Alle vom Ohr entfernten Sagittalschüsse (Nr. 14, 18, 20, 21, 22) waren gar nicht oder nur leicht geschädigt. Leichtgeschädigt waren übrigens fast alle Fälle, selbst diejenigen mit normaler Funktion, da fast bei allen wenigstens Ohrensausen bestand (von 24 Fällen 17mal, dabei 2mal (Nr. 8 und 24) beiderseits, 1mal (Nr. 2) auf der anderen Seite). 7mal bestand kein Ohrensausen (Nr. 3, 4, 7, 12), von diesen waren aber 3 Fälle auch Fälle mit geschädigtem Hörvermögen. 1 Fall (Nr. 22) mit normalem Hörvermögen. 2mal war über Sausen nichts notiert (Nr. 9, 10). Ein Fall (Nr. 12) war etwas besonderes, indem Ohrensausen, das vor der Verwundung bestanden hat, nach der Verwundung aufhörte.

Der Vestibularapparat war verhältnismäßig seltener geschädigt. Die kalorische Reaktion war auf der verletzten Seite 3mal negativ (Nr. 10, 17, 23) und 1mal schwach (Nr. 6). Alle diese 4 Fälle waren auf der verletzten Seite auch taub. Sonst war die kalorische Reaktion immer normal. Wir sehen also, daß die kalorische Reaktion bei den sagittalen Durchschüssen des Gesichtes selten geschädigt wird und anscheinend nur in Fällen, die gleichzeitig taub wurden.

Die Drehreaktion war in 16 Fällen normal, 4mal wurde sie nicht geprüft, 1mal war sie auf der verletzten Seite negativ (Nr. 17), 1mal beiderseits herabgesetzt (Nr. 12) und 2mal beiderseits erhöht (Nr. 7 und 23). Bei der Beurteilung haben wir wieder die empirischen in unserer früheren Arbeit [1]) mitgeteilten Zahlen des Nachnystagmus zugrundegelegt. Der eine auf der verletzten Seite negative Fall (Nr. 17) war auf dieser Seite auch taub und unerregbar.

Der Fall mit herabgesetzter Erregbarkeit (Nr. 12) hatte gutes Gehör und normale kalorische Erregbarkeit. Der Fall war übrigens auch sonst bemerkenswert, da er vor der Verletzung Sausen hatte und dasselbe nach der Verletzung verlor. Eine Erklärung dafür zu geben ist wohl schwer, aber man kann sich vorstellen, daß durch die Erschütterung eine Zustands-

[1]) Ruttin: „Über Ohrenbefunde bei queren Gewehrdurchschüssen des Gesichtes". Mschr. f. Ohrhlk. 52. (1918.) Nr. 5 u. 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

änderung sei es im Cortischen Organ oder in den Ganglienzellen des Nerven zustande kommt, die den das Sausen verursachenden Zustand ändert. Die Herabsetzung der Dreherregbarkeit betraf übrigens nur die horizontalen und frontalen Bogengänge, aber nicht die sagittalen. Die beiden Fälle mit erhöhter Dreherregbarkeit waren beide am Cochlearapparat der verletzten Seite schwer geschädigt. Ob nicht übrigens gerade bei diesen beiden Fällen auch eine nicht nachweisbare intrakranielle Verletzung vorhanden war, läßt sich nicht mit Bestimmtheit verneinen. Eine solche Verletzung würde eher die erhöhte Erregbarkeit erklären.

Fälle.

Nr. 1. A. J., 24 Jahre, Dragoner. Überwiesen vom Reservespital Kandlgasse. Untersuchung am 15. IV. 1915. Erhielt am 26. III. 1915 bei Czernowitz einen Gewehrschuß gegen die rechte Kopfseite, während er stand. Er wurde bewußtlos, hatte beim Erwachen geringen Schwindel, Ohrensausen und Schwerhörigkeit rechts, die auch heute noch in geringem Grade anhalten.

Befund: R. O.: Einschuß 2 Querfinger neben dem rechten äußeren Augenwinkel. Rinnenförmiger Ausschuß zwischen Tragus und Helixwurzel. Halbmondförmige granulierende Wunde an der vorderen und unteren Gehörgangswand, entsprechend der Grenze zwischen membranös-knorpeligem und knöchernem Gehörgang. Trommelfell leicht mazeriert. Konv.-Spr. a. c., R +, S stark verkürzt, C_1 verkürzt, c^4 stark verkürzt Spontaner rotatorischer Nystagmus I. Grades nach rechts. Kalorische Reaktion +. L. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 2 *m*, W links, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion +.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 15″. — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 20″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10″. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 10″. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 5″

Nr. 2. M. H., Infanterist. Überwiesen von der Trainkaserne Meidling. Untersuchung am 21. IV. 1915. Erhielt am 22. XI. 1914 bei Alkusch in Russisch-Polen beim Sturmangriff einen Gewehrschuß. Er war nicht bewußtlos, hatte keinen Schwindel, aber seither rechts Ohrensausen und Schwerhörigkeit; früher stets gesund.

Befund: Einschuß 2 Querfinger hinter dem linken äußeren Augenwinkel. Ausschuß 1 Querfinger vor dem linken Tragus. L. O.: Trommelfell normal, Cochlearfunktion normal. Kalorische Reaktion +. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 2 *m*, W rechts, R stark negativ, S eher verlängert. C_1 und c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion +. Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 200 cm^3, Dauer 2 Min.: Kein Nystagmus.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 15″. — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 15″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 9″, etwas Schwindel. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10″, etwas Schwindel.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 9″, Schwindel. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6″, Schwindel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nr. 3. J. M., Infanterist. Untersuchung am 10. VI. 1915. Er erhielt am 2. IV. 1915 bei Tomaszew in Russisch-Polen stehend von vorne einen Gewehrschuß durch die linke Wange; der Schuß kam hinter dem linken Ohre heraus. Nach der Verwundung war er bewußtlos. Er hatte keinen Schwindel, kein Ohrensausen, nur Schmerzen hinter dem linken Ohre. Seit 29. IV. wurde er faradisch behandelt.

Befund: Einschuß 1 Querfinger neben dem linken Nasenflügel, Ausschuß 2 Querfinger hinter dem hinteren Rand des Warzenfortsatzes, in der Höhe der Spitze, rinnenförmig, $1^1/_2$ *cm* lang, von vorn nach rückwärts verlaufend. L. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 4 *m*, W rechts, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion +. R. O.: Trommelfell und Funktion normal.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 10″. — Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 10″.

Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 200 cm^3, Dauer 2 Min.: Kein Nystagmus.

Nr. 4. A. C., Infanterist. Überwiesen von der III. med. Abteilung (Prof. Schlesinger). Untersucht am 9. IX. 1915. Er erhielt am 20. VII. 1915 einen Maschinengewehrschuß gegen die rechte Halsseite. Unmittelbar nach der Verletzung war er bewußtlos, weiß jedoch nicht, wie lange. Seither ist er rechts schwerhörig, hat Ohrensausen und Kopfschmerz rechts. Kein Schwindel.

Befund: Einschußnarbe am lateralen Rand des rechten Sternocleidomastoideus. Operationsnarbe am Os zygomaticum. Die Verbindungslinie (Schußrichtung) der beiden Narben geht vor dem rechten Ohre vorbei und berührt etwa die Warzenfortsatzspitze. R. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Konv.-Spr. 2 *m*, W links, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion +. Totale Facialparalyse. L. O.: Trommelfell und Funktion normal. Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 200 cm^3, Dauer 2 Min.: Kein Nystagmus.

Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 20″, Kopfzittern. — Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 20″, Kopfzittern.

Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 9″, Schwindel, Sturz nach links — Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↺ 9″, Schwindel, Sturz nach links!

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 7″, Schwindel, Sturz nach rückwärts. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 5″, Schwindel, Sturz nach vorwärts.

Nr. 5. J. P., 23 Jahre, Infanterist. Überwiesen vom Sophienspital. Untersucht am 11. VIII. 1915. Er wurde am 17. VII. 1915 bei Lublin laufend durch Gewehrschuß verwundet. Er wurde bewußtlos. Seit der Verletzung leidet er immer an Ohrensausen, zeitweise an Kopfschmerz; beim Aufstehen hat er Schwindel. Früher stets ohrgesund.

Befund: Einschuß 2 Querfinger vor dem linken Ohre in Tragushöhe, Ausschuß in der linken Nackenhälfte 3 Querfinger hinter dem Warzenfortsatz etwas über Spitzenhöhe. L. O.: Gehörgang normal. Trommelfell etwas getrübt und eingezogen. Konv.-Spr. + 7 *m*. W links, R +, S verkürzt, C_1 gut, c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion +. R. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 gut, kalorische Reaktion +. — Kein spontaner Ny.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 15″. — Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 15″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10″. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 8″. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny 6″.

Nr. 6. M. S., Infanterist. Untersucht am 28 XII. 1914. Er erhielt am 27. VIII. 1914 bei Lublin einen Gewehrschuß. Er wurde bewußtlos, hatte beim Erwachen links Ohrensausen, war links taub und hatte Schwindel. Der Schwindel hörte bald auf, während Ohrensausen und Taubheit links noch heute bestehen.

Befund: **Einschuß im linken Bulbus, Ausschuß 4 Querfinger hinter und unter dem linken Ohre, am hinteren Rand des Sternocleidomastoideus. L. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Taub für Sprache und Stimmgabeln, R ∞ —, S stark verkürzt, kalorische Reaktion schwach, aber deutlich, dabei auch Schwindel. R. O.: Trommelfell und Funktion normal. — Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 100 *cm*³, Dauer 1 Min.: Ny ↷ l.**

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 18″. — Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 20″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10″, Schwindel. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10″, Schwindel.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 8″, Schwindel, Erbrechen. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6″, Schwindel, Erbrechen.

Nr. 7. F. E., Infanterist. Überwiesen von der I. chirurgischen Klinik (Hofrat v Eiselsberg). Untersucht am 18. VII. 1915. Erhielt am 11. IV. in den Karpathen beim Sturmangriff einen Gewehrschuß. Er war durch 3 Stunden bewußtlos, hatte Schwindel, jedoch kein Ohrensausen. Der Schwindel ist auch jetzt noch bei Kopfbewegungen vorhanden.

Befund: **Einschuß 1 Querfinger neben dem linken Nasenflügel, Ausschuß 4 Querfinger hinter dem hinteren Rand des linken Warzenfortsatzes. Die Verbindungslinie würde gerade den Austritt des Facialis schneiden. Komplette Lähmung aller 3 Äste des Facialis. L. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Konv.-Spr. ½—1 *m*, W mehr rechts, R —, S stark verkürzt, C_1 und c^4 stark verkürzt, kalorische Reaktion +, Zeigeversuch dabei typisch. R. O.: Trommelfell und Funktion normal. — Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 210 *cm*³: Kein Nystagmus.**

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 25″. — Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 20″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10″. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 12″. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6″.

Nr. 8. F. A., 29 Jahre, Jäger. Überwiesen von der I. chirurgischen Abteilung (Prof. Büdinger). Untersucht am 9. VIII. 1915. Er wurde stehend am 3. V. 1915 durch Gewehrschuß gegen den Kopf verwundet. Seither rechts taub, links schwerhörig, Sausen (Pfeifen) in beiden Ohren, kein Schwindel.

Befund: **Einschuß 1 *cm* vor dem rechten Tragus, Ausschuß an der rechten Seite der Nasenwurzel. Das Auge ist zerstört. R. O.: Gehörgang und Trommelfell**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

normal. Konv.-Spr. 0, W links, R —, S sehr stark verkürzt, C_1 —, c^4 nach links hinübergehört. Kalorische Reaktion +. L. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Konv.-Spr. 5 *m*, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 +, kalorische Reaktion +. — Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 300 cm^3, Dauer 2 Min.: Kein Nystagmus.

Nr. 9. K. S., 22 Jahre, Infanterist. Untersucht am 11. II. 1915. Er erhielt am 18. XI. 1914 bei Wolbrom einen Gewehrschuß.

Befund: Einschuß 2 Querfinger hinter dem rechten äußeren Augenwinkel, 3 Querfinger vor dem rechten Tragus, etwas höher als der Tragus. Ausschuß in der rechten Nackengegend, handbreit unter dem Hinterhaupt. R. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Totale Taubheit für Sprache und Stimmgabeln. W ➤➤ links, R ∞ —, S verkürzt, kalorische Reaktion +, dabei Schwindel und typisches Vorbeizeigen. Totale Facialparalyse. L. O.: Trommelfell und Funktion normal. — Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 200 cm^3, Dauer 3 Min.: Kein Nystagmus.

Nach Linksdrehung Ny ➤➤ r. 10". — Nach Rechtsdrehung Ny l. ➤➤ 10".

Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 9". — Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↻ 10".

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 10". — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 7".

Nr. 10. A. A., Infanterist. Überwiesen von der II. dermatologischen Abteilung (Prof. Ehrmann). Untersucht am 17. IX. 1914. Bekam am 8. IX. 1914 bei Lublin einen Gewehrschuß gegen die rechte Gesichtsseite.

Befund: Einschuß in der rechten Wange, 3 Querfinger hinter dem Mundwinkel. Rötung und Schwellung unterhalb des Warzenfortsatzes in den Weichteilen. Am hinteren Rand des Sternocleidomastoideus unterhalb der Warzenfortsatzspitze Ausschußöffnung. R. O.: Trommelfell und Funktion normal. Gehörgang normal, am Tubenostium leichte Schwellung.

17. IX. Incision unter dem Ohre. Geringe Eiterung.

27. IX. Geheilt.

Nr. 11. L. Z., Infanterist. Überwiesen vom Kriegsspital IV, Meidling. Untersucht am 18. III. 1916. Er erhielt am 8. IX. 1915 bei Rowno im Vorgehen einen Gewehrschuß gegen den Kopf. Er war 1 Stunde bewußtlos, begab sich dann selbst zum Hilfsplatz. Seither hört er rechts schlecht, hat Kopfschmerz und Schwindel, wobei sich die Gegenstände drehen. Sausen hat er erst seit 17. III. 1916. Er sieht rechts schlecht. Früher war er stets gesund.

Befund: Einschuß knapp unter dem rechten Auge, Ausschuß in Warzenfortsatzhöhe 3 Querfinger hinter demselben an der Haargrenze im Nacken. R. O.: Kleine Hämorrhagie an der unteren knöchernen Gehörgangswand. Trommelfell normal. Konv.-Spr. 4 *m*, Fl.-Spr. 4 *m*, W nach links, R +, S stark verkürzt, C_1 und c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion +. L. O.: Kleine Verkalkung im vorderen unteren Trommelfellquadranten. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S etwas verkürzt, C_1 und c^4 fast normal. Kalorische Reaktion +. Spontaner Nystagmus geringen Grades nach beiden Seiten, am abduzierten Auge stärker. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 250 cm^3, Dauer 1¹/₄ Min.: Kein Nystagmus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←< 15". — Nach Linksdrehung Ny >→ r. 15".

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 8". — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 9".

Nr. 12. R. B., 27 Jahre, Infanterist. Überwiesen von der II. Augenklinik (Hofrat Dimmer). Untersucht am 2. III. 1916. Wurde am 11. I. 1916 bei Czernowitz durch Gewehrschuß verletzt. Er war ½ Stunde bewußtlos, hörte danach rechts schlecht. Die Schwerhörigkeit besserte sich aber innerhalb 3 Wochen. Vor der Verwundung hörte er gut, hatte aber hie und da Sausen, das seit der Verwundung verschwunden ist. Kein Schwindel. Seit der Verwundung ist er rechts blind.

Befund: Einschuß in der rechten Augenbraue, 1 Querfinger rechts von der Mittellinie, Ausschuß knapp vor dem rechten Tragus. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, W im Kopf, R +, S wenig verkürzt. C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. L. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S normal, C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. — Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch jds. 200 cm^3: Kein Nystagmus.

Nach Rechtsdrehung Ny l. >→ 5". — Nach Linksdrehung Ny >→ r. 5".

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 5", minimaler Schwindel. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 5", minimaler Schwindel.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 10", etwas Schwindel. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6", etwas Schwindel.

Nr. 13. A. S., 28 Jahre, Infanterist. Untersucht am 2. III. 1916. Wurde am 6. XI. 1914 bei Jagodina beim Vorgehen durch Gewehrschuß von links verletzt. Nach 3 Stunden wurde er beim Abtransport bewußtlos. Angeblich blieb er bis 11. XI. bewußtlos. Als er zu sich kam, war er sehr matt, konnte den Kopf nicht heben, hatte Schwindel und Doppeltsehen und merkte, daß er links schlechter höre. Der Schwindel dauerte bis Mai 1915, und zwar besonders beim Gehen, wenn er sich nach rechts umdrehte. Seit der Verwundung hat er auch immer Kopfschmerz, besonders links und im Hinterhaupt. Bei der Verwundung kam kein Blut aus dem Ohre. In Agram wurde das linke Ohr vom 1.—10. XII. 1914 täglich ausgespritzt. Weihnachten 1914 begannen beide Ohren zu fließen; nach 14 Tagen hörte der Fluß auf. Im Februar und März 1915 Ohrensausen links. Früher stets ohrgesund.

Befund: Einschuß am oberen Rand des Tragus links, Ausschuß 2 Querfinger links von der Mittellinie knapp unter der Haargrenze am Nacken. L. O.: Trommelfell normal. Taub für Sprache und Stimmgabeln. W rechts, R ∞ —, kalorische Reaktion negativ. R. O.: Trommelfell und Funktion normal.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←< 15". — Nach Linksdrehung Ny >→ r. 15".

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10", Schwindel, Sturz nach rechts. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10", Schwindel, Sturz nach links.

Nr. 14. St. F., 19 Jahre, Infanterist. Überwiesen von der II. chirurgischen Klinik (Hofrat v. Hochenegg). Untersucht am 29. I. 1916. Erhielt am 20. I. 1916 in Rußland einen Gewehrschuß. Er war kurze Zeit bewußtlos. Seither hört er angeblich rechts nichts, hat Ohrensausen und Kopfschmerzen rechts und Schwindel, besonders beim Aufstehen. Früher stets ohrgesund.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund: Einschuß 2 Querfinger unterhalb und rechts vom äußeren Augenwinkel. Ausschuß rechts im Nacken, knapp unter der Haargrenze nahe der Mittellinie. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. 5 *m*, W links, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 verkürzt, kalorische Reaktion +. L. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S normal, C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. — Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 200 cm^3, Dauer 2 Min.: Kein Nystagmus.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 18″. — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 18″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10″, Schwindel, Sturz nach rechts. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10″, Schwindel, Sturz nach links.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 8″, Schwindel, Sturz nach rückwärts. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6″, Schwindel, Sturz nach vorwärts.

16. III. 1916. R. O.: Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. 6—7 *m*, W links, R +, S verkürzt, C_1 verkürzt (mehr als links), c^4 verkürzt (mehr als links). L. O.: Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. 6—7 *m*, R +, S verkürzt, C_1 verkürzt, c^4 etwas verkürzt.

Nr. 15. H. J., 19 Jahre, Infanterist. Überwiesen von der I. chirurgischen Klinik (Hofrat v. Eiselsberg). Untersucht am 13. VII. 1916. Wurde am 6. VI. 1916 in der Bukowina durch Gewehrschuß liegend verwundet. Er war nicht bewußtlos, konnte selbst zum Hilfsplatz gehen. Seither rechts Schwerhörigkeit und Sausen, Stechen in der rechten Kopfhälfte. Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Kopfhälfte. Kein Schwindel. Früher stets ohrgesund.

Befund: Einschuß 3 Querfinger vor dem rechten Ohre in der Höhe der unteren Gehörgangswand. Ausschuß rinnenförmig, von der Warzenfortsatzspitze ausgehend, schief nach hinten unten, 3 Querfinger lang, verlaufend. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. a. c., Fl.-Spr. ½ *m*, W links, R —, S stark verkürzt, mittlere Gabel bei starkem Anschlag vor dem Ohre gehört. C_1 und c^4 nur bei starkem Anschlag. Kalorische Reaktion +, dabei typisches Vorbeizeigen mit beiden Armen. L. O.: Suffusion im Umbo. Stecknadelkopfgroße Hämorrhagie im hinteren unteren Quadranten. Konv.-Spr. 5 *m*, Fl.-Spr. 5 *m*, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 +. Kein spontaner Nystagmus, kein spontanes Vorbeizeigen.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 20″. — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 20″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 12″, kein Sturz. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 12″, kein Sturz.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 9″, kein Sturz. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6″, kein Sturz.

Nr. 16. L. H., 20 Jahre, Infanterist. Überwiesen von der I. chirurgischen Klinik (Hofrat v. Eiselsberg). Untersucht am 3. VI. 1916. Wurde am 17. VII. 1915 bei Krasnik durch Gewehrschuß verwundet. Er war von 9 Uhr früh bis 7 Uhr abends bewußtlos. Seither hat er große Kopfschmerzen, Ohrensausen links, das aber jetzt nur mehr zeitweilig auftritt, keinen Schwindel. Früher stets ohrgesund.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund: Einschuß entsprechend dem 2. Molar links, durch den Mund, am Kiefer, Ausschuß am Halse 2 Querfinger unter dem Ohre. L. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 4 *m*, Fl.-Spr. 4 *m*, W links, R +, S verkürzt (stärker als rechts), C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 6 *m*, Fl.-Spr. 6 *m*, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. — Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 200 cm^3, Dauer 2 Min.: Kein Nystagmus.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 20". — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 15".

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10", Schwindel, Sturz nach rechts. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10", Schwindel, Sturz nach links.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 7", Schwindel, Sturz nach rückwärts. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 5", Schwindel, Sturz nach vorwärts.

25. VII 1916. L. O.: Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, W im Kopf, R +, S normal, C_1 und c^4 gut. R. O.: Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S normal, C_1 und c^4 gut.

Nr. 17. M. L., 25 Jahre. Untersucht am 9. X. 1914. Erhielt am 27. VIII. 1914 bei Samocz stehend einen Gewehrschuß. Er war angeblich nur eine Minute bewußtlos, hatte danach Schwindel und Ohrensausen rechts.

Befund: Einschuß 3 Querfinger vor dem rechten Ohre und 2 Querfinger unter dem rechten äußeren Augenwinkel. Ausschuß in der Mitte des hinteren Randes des Warzenfortsatzes. R. O.: Taub, W links, R ∞ —, C_1 —, c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion negativ. Totale Facialparalyse. L. O.: Trommelfell und Funktion normal. Etwas spontaner Nystagmus bei Blick nach rechts.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 2—3". — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 12".

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 2—3". — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10".

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 8". — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6".

Nr. 18. O. F., 28 Jahre. Überwiesen vom Kriegsspital IV. Untersucht am 26. VI. 1916. Er erhielt am 1. IV. 1916 in Beßarabien im Gehen von rückwärts einen Gewehrschuß in den Nacken. Er war 5 Tage bewußtlos. Seither hat er rechts Ohrensausen, konstant Kopfschmerzen, Schwindel beim Gehen.

Befund: Kleine Einschußnarbe in der Mitte des Nackens, kleine Ausschußnarbe 2 Querfinger vor dem rechten Ohre in der Höhe der unteren Gehörgangswand. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 7 *m*, Fl.-Spr. 5—6 *m*, W links, R +, S etwas verkürzt, C_1 und c^4 fast normal. Kalorische Reaktion +. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S normal, C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. Spontaner Ny ↷ r. etwas mehr als I. Grades.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 10". — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 10".

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10", Schwindel, Sturz nach rechts. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10", Schwindel, Sturz nach links.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 8″, Schwindel, Sturz nach rückwärts. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 6″, Schwindel, Sturz nach vorwärts.

29. VIII. 1916. R. O.: Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, W links, R schwach +, S verkürzt, C_1 etwas verkürzt, c^4 wenig verkürzt. L. O.: Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 gut.

Nr. 19. B. C., 28 Jahre, Dragoner. Untersucht am 16. IX. 1915. Erhielt am 26. VI. 1915 am Dnjestr sitzend einen Gewehrschuß in den linken Oberkiefer. Er war 5 Minuten bewußtlos. Seither hat er links anhaltendes Sausen, Kopfschmerzen in wechselnder Stärke, Schwindel, besonders beim Gehen. Das linke Auge tränt seither und kann nicht geschlossen werden.

Befund: Einschuß knapp am hinteren Rand des Warzenfortsatzes, 1 Querfinger ober der Spitze desselben. Ausschuß in der Höhe des linken Nasenflügels 2 Querfinger seitwärts von ihm in der Verbindungslinie zwischen Augen- und Mundwinkel. L. O.: Trommelfell etwas getrübt und eingezogen. Taub für Sprache und Stimmgabeln. W rechts, R ∞ —, S stark verkürzt, kalorische Reaktion sehr prompt, dabei Kopfzittern, Vorbeizeigen mit beiden Armen nach links. Facialparese. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 7 *m*, Fl.-Spr. 7 *m*, R +, S etwas verkürzt, C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. — Kein spontaner Nystagmus.

17. II. 1916 L. O.: Konv.-Spr. 6 *m*, Fl.-Spr. 6 *m*, W rechts, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 ziemlich gut. Facialparese links. R. O.: Konv.-Spr. 7 *m*, Fl.-Spr. 7 *m*, R +, S verkürzt, C_1 und c^4 ziemlich gut.

Nr. 20. E. T. Überwiesen vom Maria Theresia-Frauenhospital. Untersucht am 22. XI. 1915. Wurde am 28. X. 1915 auf dem italienischen Kriegsschauplatz beim Vorgehen durch Gewehrschuß verwundet, und zwar von rückwärts. Er war eine Viertelstunde bewußtlos. Seither rechts Schmerzen und Sausen, Schwindel, besonders beim Aufrichten, wobei sich alles dreht.

Befund: Einschuß: Eiternde Wunde 1 Querfinger rechts von der Mittellinie, etwas tiefer als die Warzenfortsatzspitze, etwa in der Höhe des Atlas. Ausschuß: Am unteren Rand der rechten Orbita, dem inneren Drittel entsprechend. R. O.: Hämatotympanum. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, W rechts, R + ?, S normal, C_1 und c^4 gut. L. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S normal, C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +. Spontaner Ny ↻ r. etwas mehr als I. Grades.

30. XI. 1915. Hämatotympanum noch vorhanden.

Nr. 21. S. R., 39 Jahre, Infanterist. Überwiesen vom Filialspital, neurologische Abteilung (Prof. Fuchs). Untersucht am 7. VII. 1916. Wurde am 28. III. 1916 bei Zborow gehend durch Gewehrschuß verwundet. Er war mehrere Tage bewußtlos. Seither Schwerhörigkeit, besonders links, zeitweilig Sausen, besonders links. Sehr geringer Schwindel. Starker Kopfschmerz im Genick.

Befund: Einschuß am Nasenrücken (im unteren Drittel), Ausschuß etwas links neben der Mittellinie im Nacken 3 Querfinger unter der Haargrenze. Nasen-Rachenbefund normal. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 6 *m*, Fl.-Spr. 2 *m*, W rechts, R +, S ziemlich stark verkürzt, C_1 und c^4 stark verkürzt. Kalorische Reaktion +. L. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. 6 *m*, Fl.-Spr. 2 *m*, R +, S ziem-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich stark verkürzt, C_1 und c^4 stark verkürzt. Kalorische Reaktion +. — Kein spontaner Nystagmus.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 20″, Schwindel, Erbrechen. — Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 20″, Schwindel, Erbrechen. — Weitere Drehungen werden nicht ausgehalten.

Nr. 22. J. K., 34 Jahre, Infanterist. Überwiesen von der I. chirurgischen Klinik (Hofrat v Eiselsberg). Untersucht am 11. VIII. 1916. War zum ersten Mal 3 Monate im Feld und wurde wegen Typhus zurückgeschickt, zum zweiten Mal 5 Monate in Wolhynien und erhielt am 4. VII. 1916 bei Bereszteszko einen Gewehrdurchschuß. Er war nicht bewußtlos, hatte aber großen Blutverlust. Seit der Verwundung kann er den Mund nicht gut öffnen, ist auch aphonisch. Hört angeblich seit 5 Tagen links schlecht. Kein Sausen, keine Schmerzen, kein Kopfschmerz. Hörte früher immer gut, hatte aber schon im Zivil öfter verlegte Ohren.

Befund: Einschuß am Nasenrücken, Ausschuß an der linken Halsseite 3 Querfinger unter und 4 Querfinger hinter der Warzenfortsatzspitze. R. O.: Trommelfell normal. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr. + 7 *m*, R +, S normal, C_1 und c^4 gut. Kalorische Reaktion +, Vorbeizeigen mit beiden Armen typisch. L. O.: Trommelfell getrübt und eingezogen. Konv.-Spr. + 7 *m*, Fl.-Spr + 7 *m* (etwas schlechter als rechts), W links, R +, S normal, C_1 sehr wenig verkürzt, c^4 gut. Kalorische Reaktion +, Vorbeizeigen mit beiden Armen typisch. Kein spontaner Nystagmus. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 110 cm^3, Dauer 3/4 Min.: Ny l. ↻.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 25″. — Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 25″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↻ 10″, Schwindel, sehr geringes Abweichen des Körpers nach rechts. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 10″, Schwindel, sehr geringes Abweichen des Körpers nach links.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ▼ 7″, Schwindel, sehr geringes Abweichen des Körpers nach rückwärts. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ▲ 5″, Schwindel, sehr geringes Abweichen des Körpers nach vorwärts.

Nr. 23. W. A. Untersucht am 1. X. 1917. Anamnese: Er wurde im September 1916 an der italienischen Front durch Gewehrschuß in den Kopf verwundet. Seither hört er rechts nichts, hat fortwährend heftiges Sausen, zeitweise Kopfschmerz und Schwindelanfälle, kein Ausfluß. Einschuß (ganz kleine Narbe) in der Mitte des rechten unteren Orbitalrandes. Ausschuß: Am rechten Tragus (fingerkuppengroße Narbe) mit Streifung der Helix. R. O.: Trommelfell normal, taub für Sprache und Stimmgabeln. W links, S verkürzt. Kalorische Reaktion negativ (kein Vorbeizeigen!). L. O.: Konv.-Spr. 7 *m*, Fl.-Spr. 7 *m*, R +, S verkürzt, C_1 +, c^4 +. Kalorische Reaktion typisch, schwach, Vorbeizeigen typisch. Kein spontaner Nystagmus, kein spontanes Vorbeizeigen.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 20″. — Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 25″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↻ 15″, Sturz rechts, Schwindel — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 15″, Sturz links, Schwindel.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ▼ 14″, Sturz rückwärts, Schwindel. — Nach Linksdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ▲ 11″, Sturz vorwärts, Schwindel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Röntgenbefund (Dr. Lilienfeld): 1 Ergebnis der Untersuchung: Schußfraktur des rechten Jochbeins, des rechten Stirnbeins, des rechten Oberkiefers und des rechten Schläfenbeins. 2. Keine Projektile. Einzelheiten: I. Rechtes Stirnbein: 1. Frakturbereich: Spitze des Processus zygomaticus. 2. Frakturgattung: Abbruch. II. Rechtes Jochbein: 1. Frakturbereich: a) Spitze des Processus frontosphenoidalis. b) Processus maxillaris und angrenzender Teil des Corpus. 2. Frakturgattung: a) Abbruch der Spitze. b) Lange Schrägfraktur. 3. Dislokation: Das ausgebrochene Hauptmassiv des Jochbeins um ein weniges nach außen. 4. Kallus: Reichlich vorhanden. III. Linker Oberkiefer: 1. Frakturbereich: a) Processus zygomaticus. b) Crista zygomatica. c) Facies infratemporalis. d) Facies maxillaris. e) Processus frontalis und Facies orbitalis. 2. Frakturgattung: a) Langer Schrägbruch. b) Querbruch. c), d), e) Reichlicher Kallusmassen halber nicht feststellbar. 3. Knochensplitter: Mehrere Knochensplitter in den Kallus eingelötet. IV. Rechtes Schläfenbein: 1. Frakturbereich: a) Processus zygomaticus knapp vor der Fovea articularis etwa im Bereiche des Tuberculum articulare. b) Os tympanicum in der Umgebung des Porus acusticus externus. 2. Frakturgattung: a) Querbruch. b) Splitterbruch. 3. Dislokation: a) Erhebliche Verkürzung des Processus zygomaticus. b) Nicht nennenswert. 4. Kallus: a) Reichlich. b) Mäßig. 5. Knochensplitter: a) Keine nachweisbar. b) Mehrere winzige in den Kallus eingeschmolzen. V. Restlicher Schädel: Keine Frakturen. Fremdkörper: Keine metallischen nachweisbar.

Nr. 24. F. J., 31 Jahre. Überwiesen von der Rekonvaleszentenabteilung des Inf.-Reg. Nr. 83. Untersucht am 12. XII. 1916. Wurde am 16. IX. 1916 durch einen Schrapnellsplitter stehend verwundet, war zirka 2—3 Stunden bewußtlos. Seit der Verwundung hört er links schlecht, hat Ohrensausen beiderseits, links fortwährend, rechts nur zeitweise. Zeitweise auch Schwindel. Einschuß 2 Querfinger vor dem linken Ohrläppchen, Ausschuß am Nacken unterhalb der Haargrenze.

L. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Konv.-Spr. 1 *m*, Fl.-Spr. 20 *cm*, W rechts, R stark negativ, S stark verkürzt, C_1 0, c^4 stark verkürzt. Kalorische Reaktion typisch, dabei Vorbeizeigen mit beiden Armen typisch. R. O.: Gehörgang und Trommelfell normal. Konv.-Spr. 7 *m*, Fl.-Spr. 6 *m*, R +, S etwas verkürzt, C_1 stark verkürzt, c^4 verkürzt. Kalorische Reaktion typisch, dabei Vorbeizeigen mit beiden Armen typisch. Kein spontaner Nystagmus. Kein spontanes Vorbeizeigen. Doppelseitige kalorische Reaktion, Verbrauch 250 cm^3: Kein Nystagmus.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←≪ 20″. — Nach Linksdrehung Ny ≫→ r. 20″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 10″. — Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 10″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 12″. — Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 7″.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. H. Neumann).

Hirnabsceß und Status hypoplasticus.

Eine kasuistische Mitteilung von Dr. Siegfried Gatscher, Assistenten der Klinik.

In der Publikation: „Über die Beziehungen des Status thymicolymphaticus (hypoplasticus) zur Pathogenese von otitischen intrakraniellen Prozessen" (W. m. W., 1919. Nr. 17) habe ich gezeigt, in welchem Zusammenhang von einer derartigen Korrelation gesprochen werden kann. Die Ausführungen jener Arbeit gehen auf Sektionsbefunde und andere Beobachtungen von Prof. Bartel zurück und sollen zeigen, daß infolge der eigentümlichen anatomischen Verhältnisse bei dieser Konstitutionsanomalie eine besondere Disposition des Gehirnes für otogene Infektionen vorausgesetzt werden kann, eine Annahme, die sich auf folgenden Analogieschluß stützt. Bartel hat bei derartigen Individuen in den Organen eine abnorme Weite der Lymphbahnen nachweisen können. Gleichzeitig fiel ihm gerade bei Fällen von Status hypoplasticus, die an otitischen Hirnkomplikationen zugrunde gegangen waren, am Schädelbefunde Brachycephalie und Hirnhypertrophie auf. Abnorme Kleinheit oder abnorme Größe des Schädels sind bereits längere Zeit ebenso wie Asymmetrien desselben als Stigmen der hypoplastischen Konstitution bekannt. Anders steht es mit der Hirnhypertrophie. Mit ihrer Feststellung ist ein neues Moment eingeführt. Ein direkter Nachweis vermehrter Lymphbahnen im Gehirn ist zurzeit nicht möglich, man kann aber wohl die Hypertrophie desselben als in dieser Weise zustande gekommen auffassen, daß bei der Vermehrung der Neuroglia die Lymphbahnen beteiligt sind. Damit wäre also die supponierte größere Empfänglichkeit für Infektion des Gehirnes anatomisch gestützt.

Abgesehen von allen anderen Einzelheiten, habe ich mir nun in jener Arbeit auch die Frage vorgelegt, ob man klinisch neben den Stigmen, die zur Diagnose des Status hypoplasticus überhaupt berechtigen, auch Anhaltspunkte für diese supponierte Disposition des Gehirnes gewinnen könne. Natürlich, mußte ich mir sagen, könnte das nur auf indirektem Wege geschehen. Bei Mangel eines anderen Verfahrens erschien mir der röntgenologische Nachweis von Impressiones digitatae und Pacchionischen Granulationen als geeignet, deren Anwesenheit, wenn auch nicht eindeutig, für eine derartige anatomische, d. h. hypertrophische Beschaffenheit des Gehirns sprechen könnte. Von dieser Methode habe ich auch bei der Untersuchung des nachstehend mitgeteilten Falles Gebrauch gemacht.

Zunächst möchte ich aber die Krankengeschichte des Falles rein otologisch mitteilen und erst nachträglich alle Angaben anschließen, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich auf den Status hypoplasticus und die besondere Disposition des Gehirns in demselben beziehen.

Krankengeschichte.[1])

F. K., Private, 18 Jahre alt, wurde am 15. I. 1919 mit folgender Anamnese und folgendem Status an die Klinik zur Operation aufgenommen.

Anamnese: Pat. leidet seit dem ersten Lebensjahr an beiderseitigem Ohrfluß. Damals bestand angeblich ein Darmleiden, sonst werden keine Erkrankungen angegeben. Mit 16 Jahren menstruiert. Menses regelmäßig, 4—5 Tage, mittelstark, ohne wesentliche Beschwerden.

Sieben Geschwister leben und sind gesund, drei sind gestorben im Alter von 6 Wochen, neun Monaten und einem Jahr, angeblich an Meningitis.

Pat. gibt an, daß am 4. I. 1919 im rechten Ohre heftige Schmerzen auftraten und daß sich einige Tage vor ihrer Aufnahme die Schwellung der rechten Ohrseite entwickelt hat.

Status praesens: Rechtes Ohr: Der Gehörgang ist infolge Senkung der oberen Gehörgangswand hochgradig spaltförmig verengt; Tiefeninspektion nicht durchführbar. Fötide Sekretion. Schwellung hinter und über dem Ohr, die sich gegen den Jochfortsatz hin ausdehnt. Ödem beider Augenlider. Linkes Ohr: Große Perforation, Paukenschleimhaut granulierend. Epidermisschollen. Geringes eitriges Sekret. Weber im Kopfe, Rinne beiderseits negativ. C_4 rechts —, links +. Konv.-Spr. rechts a. c., links $1^1/_2$ *m*, Fl.-Spr. 20 *cm*. Vestibulär beiderseits erregbar. Temp. 37,5°.

17. I. Operation (Dr. Gatscher): Typischer Hautschnitt. Weichteile auf ca. 1 *cm* verdickt. Zwischen knöcherner und knorpeliger Gehörgangswand entleert sich Eiter. Knochen mäßig hart, sehr blutreich. Schon nach wenigen Meißelschlägen gelangt man in eine große Höhle, aus der sich freier Eiter entleert und deren Wände nach allen Seiten hin Granulationen bilden. Diese reichen bis an die Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube, so daß namentlich erstere in großer Ausdehnung freiliegt und mit derben Granulationen bedeckt ist. Die hintere Gehörgangswand ist ebenfalls in großer Ausdehnung zerstört, die Radikaloperation durch den Prozeß also schon angebahnt. Im Reste der Gehörgangswand ein erkranktes Zellnest. Die Paukenhöhle mit Cholesteatommassen und Granulationen erfüllt. Resektion der erkrankten Partie mit Vollendung der Radikaloperation. Panse-Plastik. Typischer Verband.

Afebriler Verlauf. Am 20. I. ist die Lidspalte normal.

22. I. Erster Verbandwechsel. Prima intentio. Geringes Sekret. Gehörgangsdrainage. Verband.

24. I. Zweiter Verbandwechsel. Geringe Sekretion. Typische Behandlung.

Am 25. I. setzen anhaltende Kopfschmerzen ein, die von der Stirne gegen den Hinterkopf ausstrahlen und sich in den nächsten Tagen immer mehr steigern, wobei die Temperatur konstant normal ist.

[1]) Die Patientin wurde in der Sitzung der öst. otolog. Gesellsch. am 31. März 1919 demonstriert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

29. I. früh. Puls 50. Kein Nystagmus. Temp. 36,8°. Heftigster Kopfschmerz. Pat. ist lethargisch, reagiert aber gut auf Befragen.

29. I. II. Operation (Dr. Gatscher) in leichter Narkose: Schnitt durch die frische Narbe. Weitere Freilegung der Dura der mittleren Schädelgrube. Spaltung der Dura. Incision des Gehirns. Es entleeren sich ca. 3—4 Eßlöffel äußerst übelriechenden Eiters und bröckelige Hirnsubstanz. Beim Austasten der Abceßhöhle mit der Kornzange erweist sich die Hirnmasse matsch; eine pyogenetische Membran ist nicht nachweisbar. Drainage des Abscesses mit Gummidrain. Die Wunde wird breit offen gelassen, während der Eiterentleerung aus dem Abceß hebt sich die Pulsfrequenz nach und nach bis auf 70.

30. I. Subjektiv wohler. Nacht ruhig. Puls sehr arhythmisch, 72 und darüber. Beim Verbandwechsel wenig freies Sekret in der Wundhöhle, diese frisch.

31. I. Puls 84. Nach Entfernung des Drains ein Eßlöffel übelriechender, bröckeliger Eiter. Gesamteindruck entschieden frischer.

Von jetzt ab täglicher Verbandwechsel und Drainage bis inklusive 24. II. Während dieser Periode zeigt der Puls sehr wechselnde Frequenz an den einzelnen Tagen von 96 bis 120, wobei er in der ersten Zeit noch mehr arhythmisch ist, späterhin zwar labil, aber immer mehr rhythmisch wird. Die Temperatur ist konstant afebril. Pat. klagt noch über leichten Kopfschmerz, der sich aber immer mehr verliert.

28. II. Beim Verbandwechsel ist die Abceßhöhle geschlossen, die Wundhöhle sonst gesund granulierend.

In den folgenden Wochen bis zum Abschluß dieser Mitteilung, also am 28. III., verkleinert sich die retroaurikuläre Wunde etwa auf Halbbohnengröße. Die Radikaloperationshöhle ohne Besonderheiten, mäßig sezernierend. Der Puls ist in dieser Zeit noch immer ca. 100, jedoch rhythmisch. Die Pat. bei vollständigem Wohlbefinden.

In bezug auf die Stigmen des Status hypoplasticus stehen mir folgende Befunde zur Verfügung:

Allgemeiner und interner Befund (Prof. Chvostek): Gedunsenes, blasses Aussehen. Schädel asymmetrisch. Kopfhaar reichlich. Augenbrauen spärlich von differenter Färbung. Zungengrundfollikel nicht tastbar. Hoher, steiler Gaumen. Kräftig entwickelte Mammae mit wenig Parenchym. Crines pubis verhältnismäßig wenig entwickelt.

Enges Gefäßsystem (Pulsation der Aorta in jugulo nicht tastbar, Karotiden eng, Dorsalis pedis nicht palpabel, nur die Arteria radialis etwas deutlicher palpabel, wie in der Wand verdickt, gebläht). Leichte Hypertrophie des linken Ventrikels, Akzentuation des II. Aortentones.

Gynäkologischer Befund (Assistent Dr. Franz): Uterus hypoplasticus bei palpatorisch normaler Konfiguration. Adnexe und Douglas nichts besonderes.

Auszug aus dem Röntgenbefund (Dr. Eisler): Schädel: Mäßige Erhöhung des endokraniellen Druckes. Form und Dicke der Kapsel entsprechen normalen Verhältnissen. Geringe Vermehrung der frontalen Impressiones digitatae.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herz: Form normal. Querdurchmesser $9^1/_2$ *cm*, Lage normal.

Blutbefund (Dr. Kahler): Weder zytologisch noch in bezug auf den Blutzuckergehalt besondere Abnormitäten.

Epikrise: Zusammenfassend zeigt der mitgeteilte Fall also eine auf den Boden einer akuten Exazerbation eines Cholesteatoms entstandene Hirnkomplikation in Form eines rechtsseitigen Schläfelappenabscesses, den man nach dem Befund bei der Operation (Mangel einer pyogenetischen Membran) als einen frischen bezeichnen muß. In der Symptomatologie desselben ist der afebrile Verlauf auffallend, eine Tatsache, die aber durch andere Beobachtungen bereits festgestellt ist. Zur Diagnose des Abscesses mußte außer den Kopfschmerzen in erster Linie intrakraniell bedingte Bradykardie verwertet werden. Was den postoperativen Verlauf anbelangt, so möchte ich nachträglich auf zwei Momente einen gewissen Akzent legen, von denen mir namentlich eines aus der Beobachtung früherer Fälle eine gewisse prognostische Bedeutung zu haben scheint. Wenn auch die Pulsarhythmie sich bei den Veränderungen am Gefäßsystem aus der Labilität des Herzens erklären läßt, so kann doch als eine Komponente ihres Auftretens vielleicht auch der intrakranielle Prozeß angenommen werden. Das für mich aber prognostisch einigermaßen bedeutungsvolle Moment ist in dem Verhalten des Darmtraktes gelegen, von dem ich bei der Wiedergabe des Dekursus bisher nichts erwähnt habe. Es ist mir in diesem Fall sowie in anderen, wie bereits erwähnt, aufgefallen, daß bei eitrigen Hirnkomplikationen die Darmatonie so lange anhält, bis der Gesamtprozeß sich zum Besseren wendet, bei letal verlaufenden Fällen aber bis zum Exitus keine Änderung erfährt. Diese Darmatonie nun, glaube ich, kann man wohl als endokraniell ausgelöst auffassen, da die Bettruhe allein, wie die Beobachtung derartiger Fälle lehrt (nach überwundener Krise), zur Erklärung nicht ausreicht.

In bezug auf die Diagnose des Status hypoplasticus prävalieren in dem klinischen Bilde hauptsächlich die Anomalien im Gefäßsystem und in der Genitalsphäre, erstere sowohl durch den klinischen als durch den Röntgenbefund erwiesen, letztere durch Abnormitäten in den sekundären Geschlechtscharakteren und durch den Uterus hypoplasticus.

Was nun die Stigmen von seiten des Schädels anbelangt, die im Sinne Bartels klinisch neben dem Status hypoplasticus auch für eine besondere Disposition des Gehirnes (Hypertrophie) für Infektion sprechen, so sind sie gegeben durch Asymmetrie des Schädels. Die Schädelmessung ergab eine Brachycephalie mit einem Höhen-Breitenindex von 82,4. Im Röntgenbilde sind Impressiones digitatae im frontalen Abschnitt, wenn auch in geringer Ausdehnung nachweisbar. Diese könnten natürlich auch auf den sonst nachgewiesenen gesteigerten endokraniellen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Druck bezogen werden, wobei jedoch zu bemerken ist, daß der Röntgenbefund erst am 27. III., also im Stadium der vollständigen Rekonvaleszenz, erhoben wurde.

Ich glaube also, daß durch die Mitteilung dieses Falles auch vom klinischen Standpunkt die eingangs erwähnte Korrelation in dem Sinne meiner früheren Publikation festgehalten werden kann, und glaube, daß auch der indirekte Nachweis der besonderen Beschaffenheit des Gehirnes, wenn auch nicht in sehr ausgeprägter Weise, als gelungen bezeichnet werden kann. Es soll auch durch diese kasuistische Mitteilung neuerlich die Aufmerksamkeit auf diese Frage gelenkt werden.

Ohrenkrankheiten und Militärdienst. [1])

Von Dr. **R. Spira**, Krakau.

Das die „Vorschriften für die ärztliche Untersuchung der Wehrpflichtigen" enthaltende Dienstbuch zerfällt in 2 Teile, wovon der erste, allgemeine Teil die Vorgänge bei der Untersuchung, der zweite, spezielle Teil die Verwertung der Untersuchungsergebnisse behufs Beurteilung der größeren oder geringeren Diensttauglichkeit des Untersuchten enthält. Diese „Vorschriften" zeichnen sich durch eine große und anerkennenswerte Kürze und Bündigkeit vorteilhaft aus. Allein allzuscharf macht schartig und Verf. hält es für dankenswert, daß Doz. Dr. Imhofer in seinem Aufsatz: „Chronische Mittelohreiterung und Kriegsdiensttauglichkeit" („Der Militärarzt" 1916) die Initiative zur Remedur ergriffen hat.

Wenn man den das Gehörorgan betreffenden Abschnitt des speziellen Teiles des Dienstbuches, das ist die Nummern von 8—13, überblickt, muß es sofort auffallen, daß Mittelohreiterungen, die doch unstreitig zu den häufigsten und wichtigsten Affektionen des Gehörorganes gehören, nur durch eine einzige Nummer, und zwar „13, Verzeichnis C" vertreten sind. Da heißt es: „chronische, offenkundig schwer heilbare, eitrige Entzündungen des Mittelohres usw....." gehören zu den Gebrechen, welche die Tauglichkeit zum Waffen- und Hilfsdienst aufheben. Was soll aber mit allen anderen Formen von chronischen und akuten Ohreiterungen geschehen? Darüber schweigt sich das Dienstbuch gründlich aus.

Es ist richtig, ich habe während meiner Dienstzeit im Garnisonsspital in Baden bei Wien einige Soldaten angetroffen, die mit chronischer

---

[1]) Anmerkung der Redaktion: Der Aufsatz, der schon vor 1 Jahr eingesandt worden war, konnte aus Zensurgründen während der Kriegszeit nicht erscheinen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mittelohreiterung zur Gruppe A ausgemustert worden waren und einige Monate an der Front gedient hatten. Wie viele solche Kranke mit Exacerbationen und Komplikationen vom Felde zurückgekommen sind, entzieht sich meiner Kenntnis. Ich kann ein solches Verfahren nicht für richtig halten und mich auch nicht der Ansicht Imhofers (l. c.) anschließen, daß Rekruten mit Ohrenfluß, selbst ohne eitrigen Charakter, als vollständig diensttauglich zu begutachten sind.

Der in einer Sitzung der Militärärzte in Krakau im Jahre 1916 hervorgehobene Vergleich der Soldaten an der Front mit schwer arbeitenden Fabriksarbeitern im Zivil erscheint durchaus nicht zutreffend und bei den Haaren herbeigezogen. Die reine mechanische, physische Arbeit mag vielleicht bei beiden Ständen gleich schwer sein. Aber nicht das kommt als Schädlichkeit bei dieser Krankheit in Betracht. Man bedenke nur, welchen Unbilden der Witterung der Soldat im Felde ausgesetzt ist, wie oft er bei Sturm und Regen, bei Wind und Schneegestöber stundenlang bei Tag und bei Nacht unter freiem Himmel aushalten, wie oft er im Schützengraben knietief im Wasser, Schlamm oder Schnee zubringen, wie viele Nächte er auf feuchtem, sumpfigem Boden kampieren muß! Das sind Schädlichkeiten, die der Fabriksarbeiter nicht kennt. Dieser letztere arbeitet zumeist unter Dach, geschützt vor schädlichen meteorologischen Einflüssen und kann, wenn nötig, in die Werkstätte zu Wagen sich begeben.

Und gerade die atmosphärischen Noxen sind es, die hier am meisten zu fürchten sind, die bei chronischen Ohreiterungen leicht ein Rezidiv, eine Exacerbation, eine Komplikation verursachen können. Eine Verkühlung der Paukenhöhle, ein frischer Nasen- und Nasenrachenkatarrh bewirkt gewöhnlich eine Hyperämie und eine Transsudation im Mittelohr, wodurch günstige Bedingungen für die Entwicklung, die Ernährung und die Verbreitung der Mikrokokken geschaffen werden und das Eindringen derselben in die Schädelhöhle und den Blutkreislauf begünstigt wird. Ein solcher Zustand ist einem Pulverfaß gleich, in das unversehens ein zündender Funke fallen und eine tödliche Explosion bewirken kann. Und die Gefahr steigt im geometrischen Verhältnisse zu der Gleichgültigkeit, mit der man sie traktiert (Eitelberg).

Ist in einem solchen, an die Front gesandten Falle eine Komplikation ausgebrochen, dann soll der Patient ins Spital geschickt werden. Nun denke man sich einen solchen Fall mit Schwindel, Übelkeiten, Fieber und Kopfschmerzen, mit drohender Meningitis oder drohendem Durchbruch eines Hirnabscesses, vom Felde, manchmal auch auf schlechten Wegen und ungeeigneten Transportmitteln in eine rückwärtige Heilanstalt behufs spezialistischer Behandlung zu befördern. Da muß man sich der Ansicht Imhofers anschließen: „daß es ein Mißverstehen des Geistes der diesbe-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

züglichen Vorschriften wäre, wenn man die Truppe mit hinsichtlich des Gesichts- oder Gehörsinnes unzulänglichen oder fortwährender Behandlung und Schonung bedürftigen Leuten belasten würde."

Was soll nun aber mit solchen Fällen geschehen? Da ist eine Lücke auszufüllen.

Es würde zu weit führen, hier die mannigfachen Formen der Mittelohreiterung auseinanderzusetzen. Aber Grundsatz sollte es sein, jeden mit Ohreiterung behafteten Rekruten zunächst an ein Militärspital zur Konstatierung und Qualifizierung der Ohrenkrankheit abzugeben. Hier hat der Spezialist durch Untersuchung, Beobachtung und Heilversuche zu ermitteln, ob die Krankheit leicht oder schwer heilbar ist. Im ersten Fall hat der Rekrut bis zur Genesung in der Sanitätsanstalt zu verbleiben. Dann kann er im besten Fall zum Kader abgegeben werden. Für solche Fälle würde sich eine Rubrik nach dem Muster der deutschen Vorschriften Anlage 1 C, Nr. 31 empfehlen: „Krankheiten oder Gebrechen, die zeitig untauglich machen, aber beseitigt oder doch so vermindert werden können, daß vollkommene oder bedingte Tauglichkeit, zutreffendenfalls Feld- oder Garnisonsdienstfähigkeit eintritt." Erweist sich die Krankheit als schwer heilbar, dann kommt die Rubrik 13 C zur Geltung. Wann aber die Krankheit als leicht oder als schwer heilbar zu bezeichnen ist, das läßt sich nicht in wenigen Worten formulieren. Nähere Anhaltspunkte könnten allenfalls im ersten, allgemeinen Teil des Dienstbuches ausgeführt werden.

Die Ursachen der schweren Heilbarkeit einer Ohreiterung sind so mannigfach, daß sie im speziellen Fall auszuführen zu weitläufig wäre. Der Ausdruck „offenkundig schwer heilbar" bei 13 C ist insofern richtig, als in manchen Fällen tatsächlich sofort die schwere Heilbarkeit konstatiert werden kann. Das ist aber nicht immer der Fall. Die schwere Heilbarkeit einer Ohreiterung hängt durchaus nicht allein von den lokalen, objektiven, anatomischen Veränderungen, sondern zum großen Teil von den allgemeinen, konstitutionellen und hygienischen Verhältnissen des Patienten ab. So kann eine einfache, nicht komplizierte Schleimhauteiterung oder eine Tubeneiterung bei skrofulösen, tuberkulösen, syphilitischen, anämischen, uratischen usw. Individuen sich schwer heilbar erweisen, während umgekehrt vernachlässigte, scheinbar schwere Fälle von Ohreiterung bei sonst gesunden Personen in verhältnismäßig kurzer Zeit ausgeheilt, zur Trockenheit des Ohres gebracht werden können. Solche Fälle sind besonders in Galizien häufig anzutreffen. Die geringe Kultur, die mangelhafte Bildung, die große Zahl der Analphabeten und der damit Hand in Hand gehende herrschende Aberglaube bei einem großen Teil der Landbevölkerung und selbst bei einem geringeren Teil der städtischen Bevölkerung bilden die ursächliche Erklärung für die Vernachlässi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gung solcher und ähnlicher Fälle. Noch immer finden sich Patienten, welche eine Ohreiterung für eine wohltätige Erscheinung halten, deren Beseitigung schädliche Folgen und gefährliche Erkrankungen des Kopfes nach sich ziehen kann. Diese Krankheit kann in gewissem Sinne der historisch berüchtigten „Plica polonica" an die Seite gestellt werden. Und welche Begriffe von Reinlichkeit manche Patienten haben, illustriert ein Fall, betreffend eine Patientin, die mir auf den Vorwurf der Vernachlässigung ihrer jahrelang dauernden Krankheit mit Entrüstung und dem vollen Brustton der Überzeugung erwiderte, sie habe das Ohr fleißig gepflegt und reingehalten, indem sie jeden Tag mit der Gansfeder den Ohreiter auswischte. Die Gansfeder wurde dann mit der Schürze abgewischt, beim Ofen getrocknet, um dann demselben Zwecke weiter zu dienen.

Die schwere Form solcher Fälle hängt also nicht immer von der Schwere der Krankheit, sondern oft nur vom Schmutz und von der Vernachlässigung ab, kann durch gründliche, energische Behandlung leicht und rasch günstig beeinflußt werden. So habe ich Fälle gesehen von langdauernder Mittelohreiterung mit übelriechendem Sekret, mit Polypen, Granulationen und oberflächlicher Caries und selbst mit Cholesteatom usw., die unerwartet schnell bei entsprechender Behandlung gebessert und selbst geheilt werden konnten. Der Grad der Heilbarkeit ist also nicht immer auf den ersten Blick möglich. Es muß daher dem Spezialisten im Spital ein gewisser Zeitraum behufs Beobachtung und Heilversuche zur Verfügung gestellt werden, um den Fall richtig beurteilen zu können.

Aber nicht bloß die geringere oder größere Heilbarkeit allein hat bei solchen Krankheiten bei der Klassifizierung berücksichtigt zu werden. Es sind besonders 2 Erscheinungen, die hier noch in Rechnung gezogen werden müssen, und zwar begleitende Schwindelerscheinungen und Neigung zu Rezidiven. Es gibt Fälle von Mittelohreiterungen, bei denen die damit behafteten Patienten Neigung zu Schwindel besitzen und bei gewissen Bewegungen leicht von Schwindelanfällen heimgesucht werden. Wir haben jetzt Mittel in der Hand, Ohrenschwindel objektiv feststellen zu können. Solche Begleiterscheinungen sind bedeutend erschwerend für die Beurteilung der Dienstfähigkeit und sollten nicht aus den Augen gelassen werden. Ferner gibt es Fälle von chronischen Ohreiterungen, die erfahrungsgemäß nach der Heilung und selbst nach der Radikaloperation häufig und hartnäkkig rezidivieren, wie besonders bei Cholesteatom oder bei chronischen Affektionen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Solche Fälle sollten nur zu solchen Diensten verwendet werden dürfen, bei denen sie unter ständiger ärztlicher Kontrolle verbleiben können.

Bei Nr. 12, Verzeichnis A sollte hinzugefügt werden: Mit Ausschluß der Marine. Seeleute sollen bekanntlich gute Schwimmer sein. Nun sollen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber Patienten mit trockener Trommelfellperforation nicht ohne besondere Vorsichtsmaßregeln baden. Plötzliches Eindringen von Wasser in die Paukenhöhle, ein Sprung ins Wasser kann da leicht Schwindel und Ertrinken zur Folge haben. Solche Patienten sind daher für den Seedienst ungeeignet.

Nun zu einem anderen Punkt. Es wurde in der oben erwähnten Sitzung angeregt, Fälle mit einseitiger Taubheit in die Rubrik A einzustellen. Diesem kann, wenigstens ohne Vorbehalt, nicht zugestimmt werden. Bei vollständiger Taubheit ist fast immer das Labyrinth affiziert. Nun ist bei vollständiger Labyrinthtaubheit der einen Seite wohl nur selten eine vollständige Intaktheit des anderen Labyrinths anzunehmen. Dies geht schon aus der Ätiologie der Labyrinthkrankheiten hervor. Die Ursachen einer Labyrinthaffektion machen sich mit wenigen Ausnahmen doppelseitig geltend. Abgesehen von den lokalen direkten Traumen und Schädlichkeiten (Schnitt, Stich, Verbrühung, Verätzung, von der Nachbarschaft fortgeleitete Eiterung u. dgl.) kommen da als häufigste ätiologische Momente in Betracht Intoxikationen (Chinin, Salicyl, Morphium, Nikotin), Nierenkrankheiten u. dgl., Infektionen (Scharlach, Diphtherie, Typhus, Influenza, Meningitis usw.), ferner indirekte Traumen (Schlag, Sturz auf den Kopf, Schuß, Detonation, Explosion usw.). Alle diese Schädlichkeiten können gleichzeitig auf beide Gehörorgane, wenn auch mit verschiedener Intensität, einwirken. Es wird also a priori in den meisten Fällen gleichzeitig eine, wenn auch geringere Affektion des Labyrinths der anderen Seite anzunehmen sein. Solche Patienten dürften höchstens mit besonderer Berücksichtigung des Truppenkörpers eingestellt werden. Sie sind für Schützenregimenter, Artillerie, Maschinengewehrabteilungen u. dgl. ungeeignet, ebensowenig auch für Dienstleistungen, welche ein gutes, doppelseitiges Gehör und eine gute Orientierung erfordern, wie als Patrouillenteilnehmer oder -führer, ebenso als Taucher, Luftschiffer, Kaisson- und Brückenarbeiter. Vielleicht dürften sich solche Fälle eher als Sappeure oder zum Train eignen. Am richtigsten wäre es jedoch, einseitig Taube für das Verzeichnis B zu qualifizieren.

Auf Seite 7—9 finden wir sehr treffende und anerkennenswerte Anleitungen zur Untersuchung des Gehörorganes. Hier wäre auch der passende Ort, Anhaltspunkte für die Annahme einer schweren Heilbarkeit einer Mittelohreiterung einzuschalten, wie randständige Perforation, tiefgehende Caries des Mittelohres, übelriechender, weißfarbiger, käsiger Eiter, häufig rezidivierende Polypen und Granulationen, häufige Schwindelanfälle, Erkrankung der Nebenhöhlen. Hier wären die Methoden anzugeben zur Konstatierung von Neigung zu Schwindelanfällen, zur Untersuchung des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vestibularapparates. Ferner wäre es wünschenswert, an dieser Stelle einige Methoden mitzuteilen, welche zur Feststellung einseitiger Taubheit bzw. zur Konstatierung, eventuell Entlarvung von simulierter Taubheit und Schwerhörigkeit dienen. Leider ist es trotz aller Umsicht und Mühe nicht immer möglich, simulierte Taubheit zu entlarven. Immerhin verfügen wir über eine ansehnliche Zahl dazu sehr geeigneter Mittel und Kniffe, welche die Erreichung dieses Zieles oft ermöglichen und die zum Nutzen des begutachtenden Militärarztes hier angeführt werden sollten.

Schließlich möchte ich noch besondere Vorschriften für die Musterung für die Marine und für die Luftschiffahrt vorschlagen. Für den Dienst zur See ist Neigung zu Schwindel selbst bei gesundem Labyrinth und das Vorhandensein einer trockenen Trommelfellperforation als ausschließend zu betrachten.

Für Luftpiloten muß nicht nur ein normales Mittelohr und Labyrinth, sondern vor allem eine normale Empfindlichkeit des statischen Apparates verlangt werden. Eine normale Funktion des Trommelfelles, der Gehörknöchelchen und der Tuba ist hier ebenso erforderlich wie bei Kaissonarbeitern wegen der veränderten Druckverhältnisse der Umgebung. Die Erfahrung hat gezeigt, daß Störungen und Täuschungen in der Vorstellung im Raume, über die Körperlage und über die Richtung der Bewegung in Residuen geheilter Mittelohreiterungen und in funktionellen Störungen des Vestibularapparats ihren Grund haben können. Ein gutes Gehör ist zur Kontrolle der richtigen Funktion des Apparates, des Motors erforderlich. Nun gibt es aber auch Personen, die bei vollständig normalen Gehörorganen, trotz gutem Gehör und normaler Reaktion des Vorhofsapparats eine schlechte Orientierungsfähigkeit und Neigung zu Schwindel besitzen. Diese Abnormität beruht wahrscheinlich auf einer funktionellen Störung, einer Hyperästhesie oder Parästhesie des statischen Organs und äußert sich darin, daß die damit behafteten Personen bei Seefahrten, im höheren Grade der Krankheit schon bei Eisenbahnfahrten, beim Schaukeln, beim Bücken, beim Herabschauen von einer großen Höhe, bei Rundtänzen u. dgl. von Schwindel und Übelkeiten, wie bei der Seekrankheit, befallen werden. Solche Personen sind natürlich für die Aviatik nicht geeignet. Kandidaten für die Luftschiffahrt sind daher einer besonderen Untersuchung auf eine gute Orientierungsfähigkeit, auf ein gutes, dynamisches Gleichgewicht, auf den Mangel von Schwindel bei gewissen Bewegungen, zu unterziehen. Die dazu geeigneten Untersuchungsmethoden wären in dem allgemeinen Teil des Dienstbuchs unterzubringen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Jänner 1919.

Vorsitz: G. Alexander.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

Zu Mitgliedern werden gewählt die Herren Doz. Dr. Hermann Marschik, Dr. Suchanek und Dr. Schlander.

I. J. Fischer: **Beiderseitige Acusticusaffektion unbekannter Ätiologie. Gummöse Basalmeningitis (?).**

M. H., 35 Jahre, Hilfsarbeiter. Familienanamnese ohne Belang. Pat. hat als 10jähriger Knabe eine Augenerkrankung durchgemacht. Viermal litt er an Gelenksrheumatismus mit Schwellungen namentlich im Kniegelenk. Er wurde damals mit Salicyl behandelt, mußte jedoch wegen starken Herzklopfens und Ohrensausen die Dosis anfangs verringern und später gänzlich aussetzen. Die ersten Beschwerden von seiten des Ohres traten vor 5 Jahren auf, und zwar stellte sich plötzlich heftiges Ohrensausen links ein und schon nach kurzer Zeit bemerkte er, daß er links schlechter höre. Bald klagte er auch über Ohrensausen im rechten Ohre und Herabsetzung der Hörschärfe auch auf diesem Ohre. Die Hörverschlechterung nahm rapid zu und führte schon nach kurzer Zeit zur völligen Ertaubung rechts. Am linken Ohre, das zuerst affiziert wurde, hörte er noch laut ins Ohr gerufene Worte. Seit $1^1/_2$ Jahren ist er beiderseits völlig taub. Kurze Zeit nach dem Auftreten des Ohrensausens stellten sich starke Schwindelanfälle mit Scheindrehung der Umgebung, Übelkeit, Erbrechen ein. Eine solche Attacke dauerte in ihrer größten Intensität zehn Minuten lang. Pat. mußte sich auf den Rücken legen, er erbrach mehrmals und hatte starken Schweißausbruch. Die Anfälle traten in Abständen von 8—14 Tagen 5—6mal auf. Über die Richtung der Scheindrehung weiß er keine Auskunft zu geben. Die letzte Attacke hatte er nach dreijähriger Pause voriges Jahr. Ferner gibt er an, daß vor 3 Jahren Doppelbilder vorwiegend beim Blick nach rechts auftraten. Derzeit klagt er bloß über Ohrensausen und mäßige Kopfschmerzen. Venerische Affektionen werden entschieden negiert, Potus und Nikotin in mäßigen Graden zugegeben. Pat., der beim Militär als Simulant bezeichnet wurde, hat während des Krieges beim Train Dienste geleistet.

Oto-rhino-laryngologischer Befund: Beide Trommelfelle trüb, reaktionslos. Nasenrachenbefund negativ. Komplette Taubheit beiderseits für alle Schallqualitäten. Auropalpebraler Reflex nicht auslösbar.

Statisches Labyrinth: Kein Spontannystagmus. In der Romberg-Stellung mäßiges Schwanken. Gleichgewichtsstörungen bei geschlossenen Augen. Keine Ataxie. Keine Koordinationsstörungen. Reflexerregbarkeit für die Drehung erhalten. Kalorische Erregbarkeit rechts erloschen, links vorhanden. Fistelsymptom nicht auslösbar. Galvanische Reaktion normal.

Augenbefund (Dr. Meissner): Vis 6/18 r., 6/9 l. Neuritis nervi optici bilateral.; konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes für weiß und noch mehr für Farben (rot, grün).

Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Neurologischer Befund (Prof. Karplus) vollkommen negativ.

Interner Befund: Herz 0, Lunge 0, Blutdruck 110.

Röntgenbefund: Herz median gestellt, leicht verbreitert. Aorta leicht dilatiert. Schädel: Verstärkte Impressiones, Sella geräumig.

Wassermann: Sowohl im Blut als auch im Lumbalpunktat negativ.

Epikrise: Der Fall ist in ätiologischer Hinsicht nicht ganz klar. Die Anamnese enthält in mehrfacher Richtung verwertbare Punkte. Die Tatsache, daß Pat. bis vor 5 Jahren, also bis zu seinem 30. Lebensjahr vollkommen gut gehört hatte und daß er dann unter plötzlich auftretendem Ohrensausen zuerst links, später auch rechts schlechter hörte, bis sich in relativ kurzer Zeit eine komplette Taubheit entwickelte, daß es ferner unter zahlreichen heftigen Schwindelattacken zu einer Vestibularisausschaltung gekommen ist, läßt uns in erster Linie an Lues denken. Pat. stellt nun jede venerische Affektion entschieden in Abrede, auch ist für die Annahme einer Heredolues die Anamnese gleichfalls belanglos, obzwar er angibt, als zehnjähriger Knabe an einem Augenleiden erkrankt zu sein, doch sind derzeit keinerlei Zeichen einer seinerzeit durchgemachten Keratitis parenchymatosa zu konstatieren. Merkwürdig ist der negative Wassermann im Blut, geradezu auffallend aber der Umstand, daß diese Reaktion auch in der Lumbalflüssigkeit negativ ausfiel. Ebenso wenig gelang es natürlich, Spirochäten im Dunkelfeld im Lumbalpunktat nachzuweisen. Auch die Untersuchungen auf endarteriitische Veränderungen waren ergebnislos, das interne Gutachten lautete: Herz 0, Lunge 0, Gefäße 0, Blutdruck 110. Der Röntgenbefund spricht zwar von einer leichten Verbreiterung des median gestellten Herzens und von einer leicht dilatierten Aorta, doch glaube ich, sind diese Erscheinungen viel zu gering, um als Ausdruck endarteriitischer Prozesse angesehen werden zu können. Vielmehr spricht die beiderseitige totale Ausschaltung des Cochlearis und des Vestibularis, die bilaterale Neuritis optica, die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes sowie die seinerzeit bestandene Oculomotorius- oder Abducensparese (Pat. hatte vor 4 Jahren Doppelbilder beim Blick nach rechts), daß es sich um eine flächenhaft ausgebreitete gummöse Basalmeningitis handelt. Charakteristisch dafür ist das Auftreten und Verschwinden einzelner Symptome, in unserem Falle das Verschwinden der Augenmuskellähmung, deren Ursache in Hirndruckveränderungen infolge von Schrumpfungsprozessen gelegen ist. Trotzdem der Fall ätiologisch nicht einwandfrei ist, trotz des negativen Ausfalles der Wassermannschen Reaktion sogar im Lumbalpunktat wurde eine antiluetische Kur durchgeführt, und zwar wurde Pat. einer kombinierten Salvarsan-Quecksilberkur unterzogen.

Da eine Verschlechterung in diesem Falle natürlich nicht befürchtet werden konnte, erhielt Pat. zuerst Neosalvarsan 1,3, 0,45, 0,6. Außerdem hat er bis heute 5 intramuskuläre Calomelinjektionen erhalten. Wie vorauszusehen war, trat keine Besserung ein, da die degenerativen Vorgänge bereits viel zu schwere waren, als daß sie noch reparabel gewesen wären.

Differentialdiagnostisch käme noch ein Tumor der hinteren Schädelgrube in Betracht. Gegen diese Annahme spricht der vollkommen negative neurologische Befund, die beiderseitige Octavusaffektion, das Freibleiben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Facialis und Trigeminus, der geringe Kopfschmerz, der negative Röntgenbefund und vor allem der Umstand, daß Pat. bereits seit 1½ Jahren keinerlei Veränderungen im Symptomenkomplex zeigt, während Tumoren der hinteren Schädelgrube, die sehr häufig sarkomatöser Natur sind, doch unbedingt eine Progredienz im Wachstum zeigen müßten.

Schließlich will ich noch folgenden, nicht unwichtigen Punkt der Anamnese entnehmen. Pat. gibt an, viermal an schwerem Gelenksrheumatismus erkrankt und damals mit Salicyl behandelt worden zu sein. Schon nach kurzer Zeit klagte er über Herzklopfen und heftiges Ohrensausen, so daß er zuerst die Dosis verringern und dann ganz aussetzen mußte. Es wäre daher die Möglichkeit noch vorhanden, an eine toxisch-infektiöse Neuritis zu denken. Dieselbe Grundlage wäre dann für die Neuritis optica und oculomotoria vorhanden. Allerdings ist diese Annahme wenig wahrscheinlich. Jedenfalls ist der Fall ätiologisch nicht ganz klar und deshalb habe ich mir erlaubt, ihn zu demonstrieren.

II. J. Fischer: **Toxische Neuritis des Acusticus.**

F. K., 46 Jahre, Schriftsetzer. Familienanamnese 0. Vor 12 Jahren hatte Pat. eine Gehirnerschütterung durchgemacht, zeigte jedoch keinerlei Symptome von seiten des Ohres. Ferner litt er neunmal an Bleikoliken, an Bronchitis und Ischias. Im Juni 1918 verspürte Pat. zum ersten Mal Ohrensausen rechts, das allmählich an Intensität zunahm und ihn sehr belästigte. Einige Zeit später traten heftige Schwindelanfälle auf mit Schweißausbruch, Übelkeit, Brechreiz. Die Anfälle, die anfangs einige Minuten dauerten und den Pat. ziemlich hernahmen, wiederholten sich allmählich immer häufiger. Seit einigen Tagen klagt er auch über Sausen im linken Ohr. Potus, Nikotin, venerische Affektionen negiert.

Status praesens: Trommelfellbefund negativ, Nasenrachenbefund negativ. Akzentuierte Fl.-Spr. rechts 2—3 *m*, links 10 *m*. Kopfknochenleitung links annähernd normal, rechts verkürzt, obere Tongrenze ist rechts herabgesetzt, links normal. Spontannystagmus nach beiden Seiten horizontal-rotatorisch I. Intensitätsgrades. Geringe Gleichgewichtsstörungen. Die Prüfung des Vestibularapparates ergibt eine deutliche Übererregbarkeit rechts. Heftige subjektive Begleiterscheinungen (Pat. wird blaß, erbricht häufig, heftiger Schweißausbruch). Augenhintergrund normal. Wassermann negativ.

Blutbefund: Vermehrung der Blutplättchen, atypische Leukocytenformen.

Epikrise: In diesem Fall, der sicherlich in die Kategorie der beruflichen Schädigungen des Gehörorgans fällt, handelt es sich um eine toxische Neuritis des Octavus, und zwar betrifft sie sowohl den cochlearen als auch den vestibulären Teil. Die in der Anamnese angegebene, vor 12 Jahren erlittene Commotio cerebri kann sicherlich in keinen ursächlichen Zusammenhang mit der jetzigen Affektion gebracht werden, da bis zum Auftreten der ersten Ohrsymptome eine zeitliche Distanz von 12 Jahren dazwischenliegt. Pat., der seit 30 Jahren als Schriftsetzer tätig ist und der bereits 9 Bleikoliken durchgemacht hat, zeigte die ersten Beschwerden von seiten des Ohres im Juni 1918. Damals klagte er über Sausen im rechten Ohre, das immer quälender und lästiger wurde und dem sich später heftige Schwindelanfälle mit Übelkeit und Erbrechen hinzugesellten. Über eine Verschlechterung des Hörvermögens klagte er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht, da ja die Herabsetzung einesteils nicht hochgradig war und da andernteils das andere Ohr völlig intakt blieb. Eine Untersuchung des Blutes ergab zwar nicht die von Grawitz gefundenen basophilen Granula der roten Blutkörperchen als Ausdruck degenerativer Veränderungen, doch ließen sich eine Vermehrung der Blutplättchen und eine große Zahl von atypischen Leukocytenformen, wie sie normalerweise im Knochenmark vorkommen, nachweisen. Übrigens ist der von Grawitz angegebene Befund ein Frühsymptom der Bleivergiftung, während wir es in diesem Falle mit einer saturninen Spätform zu tun haben. Seit einigen Tagen klagt nun Pat. nicht über Sausen im linken Ohr und es ist sehr naheliegend, daß die Affektion allmählich auch den Vestibularis auf dieser Seite ergreift. Wir sehen hier wieder sehr deutlich, wie der Vestibularis als der phylogenetisch ältere und daher widerstandsfähigere in den meisten Fällen später afiziert wird. Die Einwirkung der Schädlichkeit ist bekanntlich entweder eine direkte auf den Nervenganglienapparat oder indirekt auf dem Weg der Gefäße. Endarteriitische Veränderungen im Gefäßsystem ließen sich bei dem Pat. nicht nachweisen.

III. Ernst Urbantschitsch: **Spontane Sinusblutung. Doppelseitige Jugularisunterbindung wegen Pyämie infolge linksseitiger Sinusthrombose. Abnormer Verlauf der linken Vena facialis communis. Interkurrente rechtsseitige Mastoiditisoperation. Heilung.**

J. St., 11 Jahre alt, aufgenommen auf die Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitales am 9. XI. 1918.

Anamnese: Als Kind Lues. Seit 10 Jahren Otorrhoe links, zeitweise Ohrenschmerzen. In der zweiten Oktoberhälfte 1918 Kopfschmerzen, Fieber, Erbrechen; letzteres sistierte nach 3 Tagen, das Fieber dauert fort. Schüttelfröste in unregelmäßigen Zeitintervallen.

Status praesens: Rechts chronischer Mittelohrkatarrh; links Totaldestruktion des Trommelfelles. Gehörknöchelchen in schwartige Granulationen eingebettet. Eitersekretion mäßig stark. Warzenfortsatz ohne Besonderheiten. R +, —; W ➤➤ l., S =, —(1); kein spontaner Nystagmus; kein Fistelsymptom; kalorische Reaktion positiv; links laute Sprache a. c.

Diagnose: Otitis med. pur. chron. sin. mit Sinusthrombose.

Verlauf: 9. XI. Abends plötzlich, ohne daß das Ohr auch nur berührt worden wäre, profuse Blutung aus dem linken Ohr; im Verlauf von einer Minute ist das Hemd und ganze Bettzeug von Blut durchtränkt. Die Blutung steht auf Tamponade. Als der Pat. am nächsten Morgen auf den Operationstisch gebracht wird, unmittelbar vor der Operation neuerliche starke Blutung aus dem linken Ohr, die auf Tamponade wieder steht.

Operation: 1. Totalaufmeißelung der Mittelohrräume. Aus einem Emissar 1 *cm* hinter dem äußeren Gehörgang konstant Blutung. Warzenfortsatz sehr schmal, kleinzellig. Am Sinus pulsierender, unter Druck stehender Eiter. Zwischen oberem und unterem Knie eine hanfkorngroße Ruptur der Sinuswand, durch die man im Sinus befindliche Thromben deutlich sieht (besonders im oberen Teil). Im Umkreis ist die Sinuswand nekrotisch. Vor dem Sinus bohnengroße cholesteatomatöse Massen.

2. Jugularisunterbindung. Über der Carotis liegen zwei parallel verlaufende, ungefähr gleich dicke Venen. Bei Verfolgung der medialen zeigt sich, daß die Vena facialis communis eine Schlinge bildet, indem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie zuerst bis gegen den Schildknorpel und von hier aufsteigend neben der Jugularis interna verläuft, in die sie weiter oben mündet. Unterbindung über deren Einmündung.

3. Incision des Sinus nach unten und oben von der Rupturstelle aus. Ausräumung der festen Thromben. Vom Sinus transversus her keine ausgiebige Blutung erreichbar (trotz aktiven Vorgehens). Excision eines Stückes der Sinuswand.

Bakteriologischer Befund (Dr. Kutschera): Eiter: Gram-positive und Gram-negative Stäbchen und Kokken. Thromben: steril.

Verlauf: Weiterhin Schüttelfröste und hohe Temperaturen (bis 40,9°). Allgemeinzustand sehr schlecht, sehr starke Kopfschmerzen, absolut mangelnde Nahrungsaufnahme, Hinfälligkeit. Daher

Operation am 16. XI.: Unterbindung der rechten Jugularis (typisch). Jugularisblut bakteriologisch steril.

Verlauf: Im unmittelbaren Anschluß an die Operation Verbandwechsel links. Bei Entnahme des Sinusdochtes enorme Blutung aus dem Sinus transversus. Weiterhin zeitweise stärkere Kopfschmerzen; zunehmender Appetit, der sich geradezu zu Heißhunger steigert. Am 3. und 6. Tag nach der Operation noch je einen Schüttelfrost mit darauffolgendem Fieber.

30. XI. Otitis med. purul. acuta dextra. Paracentese.

4. XII. Beide Jugulariswunden geheilt. Pat. steht zeitweise auf.

26. XII. Mastoiditis dextra.

27. XII. Operation: Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, typisch. Bakteriologischer Befund: Gram-positive Stäbchen.

Weiterhin zunehmendes Wohlbefinden. Heilung normal.

Augenspiegelbefund (Dr. Friedland) stets normal.

Epikrise: Dadurch, daß in dem Falle das Ende des Thrombus nicht erreicht werden konnte und der bedrohliche Zustand des Pat. fortbestand, entschloß ich mich, außer der Jugularis der kranken Seite auch die der gesunden zu unterbinden, um eine retrograde Weiterverbreitung der pyämischen Stoffe durch die rechte Jugularis hintanzuhalten. Der Eingriff wurde auffallend gut vertragen. Außer den zeitweiligen Kopfschmerzen, die aber — wenn auch vielleicht etwas weniger — bereits vor dieser Operation bestanden hatten, keinerlei bedrohliche Symptome; im Gegenteil, zunehmendes Wohlbefinden mit ungeheurer Steigerung des Appetites. Auffallenderweise keinerlei Störungen im Augenhintergrunde beiderseits.

Es ist möglich, daß der durch die Operation geschaffenen enormen Blutdrucksteigerung in der Schädelhöhle, wodurch eben der im Sinus transversus steckende Thrombus herausgerissen wurde, ein großer — vielleicht der größte — Anteil an dem guten Erfolg zukommt. In weiteren Fällen, in denen ich das Ende eines Thrombus nicht erreiche, werde ich derart vorgehen, daß ich zunächst die Jugularis der anderen Seite freilege und provisorisch abklemme und so den Thrombus der kranken Seite herauszubekommen trachte, worauf ich die Klemme wieder abzunehmen gedenke, um nur im höchsten Notfalle späterhin die Unterbindung auch der zweiten Jugularis vorzunehmen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ob die rechtsseitige Mastoiditis mit der schweren Zirkulationsstörung in diesem Gebiet zusammenhängt, läßt sich nicht mit Sicherheit nachweisen. Wahrscheinlich ist es. Immerhin erlitt der Pat. auch hiedurch keinerlei Schaden, da die Entzündung nach der Operation glatt ausheilte.

Höchst merkwürdig ist es, daß sich trotz der beiderseitigen Jugularisunterbindung niemals auch nur die geringsten Anzeichen einer Stauungspapille zeigten.

Diskussion.

H. Neumann: Warum wurde die andere Jugularis unterbunden?

E. Urbantschitsch: Zur Verhütung einer retrograden Verschleppung der Infektionskeime durch den rechtsseitigen Sinus und die rechtsseitige Jugularis.

Neumann: Durch die Unterbindung der gesunden Jugularis wird doch dem fortdauernden Thrombosierungsprozeß kein Einhalt geboten. Der demonstrierte Fall beweist nur, daß man die Jugularis beiderseits unterbinden kann. Ich glaube aber, daß die Indikation dazu nicht gegeben ist, wenn man das Ende des Thrombus nicht erreichen kann. Ich würde ja durch die Unterbindung nur eine größere Stase in diesem Kreislauf hervorrufen. Eher würde ich dem Thrombus bis zur anderen Seite nachgehen. Durch die Unterbindung wird ja der Prozeß nicht beeinflußt, sondern nur eine Metastasierung behindert.

E. Urbantschitsch: Ich habe bei meinen Erörterungen speziell hervorgehoben, daß ich für den günstigen Erfolg nicht allein die doppelseitige Jugularisunterbindung verantwortlich mache, sondern zum großen Teil das Herausschwemmen des Thrombus aus dem linken Thrombus nach der rechtsseitigen Jugularisunterbindung. Aber ich glaube immerhin, daß die Verhinderung der weiteren Embolisierung des Körpers nicht bedeutungslos sein kann. Jedenfalls hat Pat. keine weitere Schädigung erlitten, vielmehr ist der Prozeß zur Ausheilung gelangt und das spricht zur Genüge für die Berechtigung der Operation.

IV. G. Alexander: **Zur Frage der traumatischen Taubheit.**

Bei einem Pat. mit Gesichtsschädelschuß trat doppelseitige Taubheit auf. Im Anschluß an die Verletzung waren Gehirnerschütterung und Kieferunbeweglichkeit aufgetreten. (Der Fall wurde in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde ausführlich publiziert.)

V. A. Cemach: **Durch Quarzlichtbestrahlung geheilte eitrige Perichondritis der Ohrmuschel.**

Zu Beginn der Behandlung (Mitte Dezember 1918) bestand mächtige Schwellung der Ohrmuschel, an einzelnen Stellen war Fluktuation nachweisbar, starke Schmerzen raubten dem Pat. den Schlaf. Er wurde in zweitägigen Intervallen bestrahlt mit Uviol-Quarzlicht, kombiniert mit gewöhnlichem Weißlicht (Sollux-Lampe). Die Schmerzen verschwanden nach der zweiten Sitzung, die Schwellung ging nach 12 Sitzungen (2 bis 20 Minuten) bis auf ein erbsengroßes Infiltrat am Helix ganz zurück. Pat. bekam noch 6 Strahlendosen, doch war der kleine Knoten nicht mehr zum Verschwinden zu bringen. Das kosmetische Resultat muß als sehr gut bezeichnet werden. Durch Vergrößerung der Einzeldosis und Ver-

Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

kleinerung der Intervalle dürfte es möglich sein, die Behandlungsdauer abzukürzen.

Diskussion.

H. Neumann: Die letzte Schlußfolgerung kann ich nicht so ohne weiters akzeptieren. Es müßte erst erwiesen werden, daß bei täglicher Bestrahlung und vergrößerter Einzeldosis raschere Ausheilung erzielt werden kann.

VI. H. Neumann: **Gliom des Kleinhirns.**

Aus der Klinik des Freiherrn v. Eiselsberg erlaube ich mir das dortselbst operierte 12jährige Mädchen vorzustellen. — Dasselbe ist Ende Juli, anfangs August vorigen Jahres an Kopfschmerz erkrankt, der allmählich immer heftiger wurde und zu Erbrechen führte. Bald trat auch Schwindel auf und seit September bemerkte Pat., daß sie schlechter sieht; der Zustand verschlechterte sich immer mehr und in den letzten 14 Tagen rapid. Als auch Harnbeschwerden auftraten, indem sich nach mehrstündiger Harnverhaltung Harnfluß einstellte, kam sie ins Wiener-Neustädter Spital, von wo aus Pat. an die chirurgische Klinik Hofrat v. Eiselsbergs geschickt wurde.

Status praesens: Lunge, Herz ohne Befund.

Nervenstatus (Prof. Marburg) vom 26. XI. 1918: Schädel hydrocephal, psychisch frei, Spur Hemmung. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels. — Hirnnerven I frei, II wie Befund, III, IV und VI Blicklähmung nach rechts, links weniger, V frei? — Cornealreflex deutlich herabgesetzt, VII Mundfacialis schlaff, VIII frei, kein Nystagmus, IX, X, XI, XII frei. Obere Extremitäten: Spur Ataxie der linken oberen Extremität bei Finger-Nasenversuch. Untere Extremitäten: Überkreuzen beim Gehen, Romberg. Reflex herabgesetzt, Hautreflex desgleichen.

Diagnose: Tumor der hinteren Schädelgrube, median gelegen, vermutlich im Cerebellum mit Druck auf die Brückenhaube rechts mehr als links.

Augenbefund: Beiderseits mächtige Papillitis (rechts schon etwas rückläufig), links viel Exsudation in der Umgebung der Papille. Pat. evident blind.

Röntgenbefund: Geräumiger Schädel von normaler Kapseldicke. Die Impressiones digitatae sind stark vermehrt und vertieft, die Juga cerebralia zugeschärft. — Die Schädelnähte, und zwar die Kranz-, Pfeil- und Lambdanaht, sind kolossal erweitert. Die Sella ohne Besonderheit. Pneumatische Räume normal lufthältig.

Zusammenfassung: Chronische Hirndrucksteigerung sehr erheblichen Grades.

Ohrenbefund: Die von mir und Kollegen Beck unabhängig von einander durchgeführte Ohrenuntersuchung ergab bei Pat. beiderseits normale Trommelfelle und Mittelohr, Cochlearapparat für Sprache und Stimmgabel beiderseits normal. Beiderseits konjugierte Blicklähmung, nach rechts stärker als nach links. Spontane Fallrichtung nach links hinten, auch bei Veränderung der Kopfstellung. Beide Arme zeigen spontan nach links vorbei.

Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Kalorische Reaktion: Links nach 2 Minuten Spülung Auftreten eines kräftigen Nystagmus, jedoch geringer Schwindel, beide Arme zeigen stark nach links vorbei. — Rechts nach 1½ Minuten Spülung Nystagmus, geringer Schwindel, die Zeigereaktion nicht deutlich. 10maliges Drehen nach rechts heftiger Nystagmus, ebenso bei Linksdrehung. Das rechte Labyrinth reagiert stärker als das linke, ebenso fehlt die Zeigereaktion.

Resümee: Spontanes Zeigen nach links, Zeigereaktion nach links fehlt, vom linken Labyrinth weniger Schwindel auslösbar als vom rechten (Doz. Beck).

Der von mir erhobene Ohrenbefund konnte im Großen und Ganzen bis auf die Drehreaktion, die ich nicht durchführte, diesen Befund bestätigen. Reaktion auf Syphilis negativ.

Operation I. Akt am 2. XII. 1918 (Prof. Ranzi): Lokalanästhesie, später etwas Äther (60 cm^3), Dauer der Operation ⅝ Stunden. Bildung eines viereckigen Hautmuskelperiostlappens mit unterer Basis über dem Hinterhaupt; der Lappen reicht nach aufwärts bis über die Protuberantia occipitalis interna, nach den Seiten bis 1 Querfinger hinter dem Processus mastoideus. Nach Herabklappen des Hauptmuskelperiostlappens wird entsprechend den beiden Hinterhauptschuppen je 1 Loch gepreßt und mit Zangen der Knochen weggenommen, so daß ein Defekt entsteht, welcher nach unten zu bis in das Hinterhauptloch hineinreicht, nach aufwärts bis unterhalb der Protuberantia occip., an den Seiten bis in die Gegend des seitlichen Hautschnittes reicht. Die Dura stark gespannt, besonders rechts, pulsiert nicht. Durch die Dura hindurch sind die Windungen der rechten Kleinhirnhemisphäre bedeutend breiter zu sehen als die der linken. Eine Punktion auf der rechten Seite fördert etwa 2 cm^3 einer grüngelben, ziemlich klaren Flüssigkeit zutage. Zurückklappen und Vernähen des Hauptmuskelperiostlappens. Die Lokalanästhesie anscheinend gut, doch war das Kind sehr aufgeregt und ängstlich, daher etwas Äther.

Bakteriologischer Befund (Dr. Bauer): Die Probepunktion vom 8. XII. kulturell steril.

Decursus morbi: 3. XII. Fieberfrei, Puls gut, 104; ziemliche Schmerzen.

6. XII. Schmerzen geringer, Pat. lebhafter als vor der Operation. Andauernd afebril.

8. XII. Neuerliche neurologische Untersuchung (Prof. Marburg): Blickparese nach beiden Seiten, Zungenparese nach rechts, rechte obere Extremität deutlich mehr ataktisch als links; psychisch vollkommen frei, keine Schmerzen.

Operation II. Akt am 9. XII. 1918 (Prof. Ranzi): Herunterklappen des Hauptmuskelperiostlappens. Die Dura über der rechten Kleinhirnhemisphäre gespannt, stärker prominent als links, pulsiert nicht. Eröffnung der Dura über der rechten Kleinhirnhemisphäre, dann über der linken Kleinhirnhemisphäre, Durchschneidung des Sinus occipitalis. Man sieht nun an der rechten Kleinhirnhemisphäre die Windungen verbreitert, die Hirnmasse vorgewölbt und an einer Stelle ragt zwischen zwei Windungen ein grau-rötlicher Tumor hervor. Es wird an dieser Stelle eingegangen, der Tumor ist gut von der Kleinhirnsubstanz abgegrenzt, ja

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

es macht sogar an einzelnen Stellen den Eindruck, als wenn er nicht in die Kleinhirnsubstanz penetriert wäre. Der Tumor ist etwa kleinapfelgroß und läßt sich anscheinend radikal entfernen. Nach Entfernung des Tumors läßt sich die Dura sowohl rechts als links leicht vereinigen. Zurückklappen des Hautmuskelperiostlappens.

Decursus: 10. XII. Fieberfrei, ziemliche Schmerzen, Puls gut.

12. XII. Temperatur 37,9°, sonst Wohlbefinden, Stuhl auf Einlauf.

15. XII. Andauernd fieber- und schmerzfrei. Gute Kräftigung.

18. XII. Entfernung der Nähte (Prof. Ranzi). Wunde per primam verheilt; reichlicher Liquorabfluß.

24. XII. Liquorausfluß geringer. Pat. wird zur Christfeier in den Hörsaal getragen und trägt dort fehlerfrei ein Gedicht vor.

1. I. 1919. Pat. glaubt, einen Schein vor den Augen zu sehen und erkennt ein vorgehaltenes Licht!

3. I. Wunde ganz verheilt, subjektives Wohlbefinden.

8. I. Die heute vorgenommene Zeigereaktion (Prof. Neumann) ergibt nach allen Richtungen mit beiden oberen Extremitäten normale Zeigeverhältnisse.

9. I. Kein Nystagmus, kein Zeigefehler! Linkes Ohr: 2½ Minuten lang kalt gespült, Nystagmus nach rechts, Dauer 4½ Minuten, typisches Vorbeizeigen in beiden oberen Extremitäten. Rechtes Ohr: 2 Minuten lang kalt gespült, Nystagmus nach links, Dauer 4 Minuten, typisches Vorbeizeigen in beiden oberen Extremitäten, keine Spur von Schwindel.

Histologischer Befund (Stoerk): Leicht ödematöses Gliom. 12. XII. 1918. Pathologisches Institut: Glioma cerebelli.

Der Umstand, daß sich Pat. trotz des großen chirurgischen Eingriffes, dem das Kleinhirn ausgesetzt war, sowohl spontan als auch bei Reizung beider Labyrinthe mit beiden Extremitäten in allen Ebenen und allen Gelenken normal zeigt, veranlaßt mich zur Demonstration dieses Falles.

Noch mehr Interesse beansprucht dieser Fall, wenn wir berücksichtigen, daß es sich im gegebenen Fall um ein Gliom von Apfelgröße gehandelt hat und die vor der Operation vorgenommene Vestibularprüfung nur relativ geringe Symptome von Kleinhirn geboten hat.

Daß Tuberkulome symptomlos im Kleinhirn sitzen können, hat Bárány anläßlich einer Diskussion mitgeteilt. Daß aber auch Gliome, die in der Regel destruktiv wachsen, so wenig Ausfallserscheinungen zeigen sollen, ist mir nicht bekannt.

VII. Gatscher: **Haemangioma der Ohrmuschel und Phlebektasie des Trommelfells.**

Der vorgestellte Pat. (ein Mann von 43 Jahren) weist an verschiedenen Körperstellen oberflächliche Venenanomalien auf, teils in Form kleiner kongenitaler Naevi vasculosi, teils in Form später entwickelter Varices.

Das rechte Ohr ist normal. An der lateralen Fläche der linken Ohrmuschel, fast bis an den Lobulus heranreichend, sieht man ein mäßig prominentes Konglomerat ektatischer Venen in der Größe eines Guldenstückes. An den Wänden des Gehörgangs ist keine Gefäßanomalie sichtbar. In der Gegend des Umbo bemerkt man am Trommelfell eine kleine, scharfbegrenzte, nicht prominierende Rötung,

Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

an der auch unter der Lupe keine Details nachweisbar sind. Das übrige Trommelfell ist normal. Pat. hat keine Beschwerden und ungestörte Hörfunktion.

Mit Rücksicht auf die zutage tretende Neigung zu Gefäßanomalien und speziell im Zusammenhang mit dem Angiom der zugehörigen Ohrmuschel muß diese Erscheinung am Trommelfell wohl als Phlebektasie aufgefaßt werden. Ihre Lokalisation entspricht anatomisch dem Ort der Venenanastomosen. In der Literatur sind derartige Befunde selten verzeichnet, weshalb ich mir den Pat. vorzustellen gestattete.

VIII. E. Ruttin: **Ohrbefund bei Osteopsathyrosis.**

M. Sch., 52 Jahre, wurde mir von meinem Bruder aus der Klinik Meller geschickt. Sein Vater war stets gesund und wurde 63 Jahre alt. Seine Mutter starb im Alter von 40 Jahren nach einem Partus und war stets gesund. Ein Bruder starb an Paralyse. Die anderen Geschwister, und zwar 3 Schwestern und 4 Brüder, sind gesund. Ob seine Mutter jemals abortiert hat, weiß er nicht. Er selbst hat 4 Kinder, die leben und gesund sind. Er hat mehrfach Knochenbrüche gehabt und hat seither das rechte Bein verkürzt. Von seinen 4 Kindern haben 3 ebenfalls schon mehrfach Knochenbrüche gehabt. 3 von den Kindern haben auch die blaue Sklera, die er hat. Seine Frau hat nie abortiert. Im Jahre 1912 bemerkte er, daß er links schlecht sehe, zugleich trat auch Schwerhörigkeit rechts auf. 1914 wurde auf der Klinik Dimmer Staroperation gemacht. Seit diesem Sommer Sausen im Kopf und besonders im linken Ohr, das seit einer Woche besonders heftig wurde. Seit dem Sommer hört er auch beiderseits schlecht. In der letzten Zeit leidet er auch öfter an Schwindelanfällen.

Befund: L. O.: Trommelfell getrübt und eingezogen, vorn unten Verkalkung. R. O.: Trommelfell getrübt und eingezogen. Hörweite rechts 50 *cm* für Konv.-Spr., 20 *cm* für Fl.-Spr., links 30 *cm* für Konv.-Spr., 20 *cm* für Fl.-Spr. Weber rechts, Rinne rechts negativ, links schwach positiv, Schwabach rechts kaum verkürzt, links stark verkürzt. C_1 beiderseits verkürzt, rechts mehr als links, c^4 beiderseits verkürzt, links mehr als rechts. Kein spontaner Nystagmus. Kalorische Reaktion rechts und links positiv, dabei typische Zeigereaktion.

Nach Rechtsdrehung Ny l. ←◀ 20″.

Nach Linksdrehung Ny ▶→ r. 25″.

Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny l. ↶ 20″, starker Schwindel, Sturz nach rechts.

Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↷ r. 20″, starker Schwindel, Sturz nach links.

Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 15″, starker Schwindel, Sturz nach rückwärts.

Nach Rechtsdrehung, Kopf linksgeneigt, Ny ↑ 12″, starker Schwindel, Sturz nach vorwärts.

Röntgenbefund (Dr. Eisler): Schädel. Ergebnis der Untersuchung: 1. Hydrocephalus, 2. Vergrößerung des Porus acusticus internus beiderseits. Einzelheiten: I. Kapsel: Geräumiger Schädel von hydrocephalischem Charakter. II. Impressiones digitatae: Vermehrung namentlich im Bereich des frontalen Abschnittes. III. Sella turcica: Napfförmig,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von normaler Größe und Architektur. IV. Pneumatische Räume: Sehr geräumig, sonst normal. V. Pyramidenknochen: Porus acusticus internus beiderseits vergrößert. Wassermann negativ.

Es handelt sich um das seltene Krankheitsbild der Osteopsathyrosis. Das wesentlichste Merkmal ist die Knochenbrüchigkeit, der diese Personen ihre häufigen Frakturen verdanken. Die Knochenbrüchigkeit beruht auf einer abnorm dünnen Corticalis. Es soll sich um eine Erkrankung der Osteoblasten bei normaler Tätigkeit der Osteoklasten handeln. Dadurch wird der Knochen normal ab-, aber nicht normal angebaut, woraus eine abnorme Dünnheit der Corticalis resultiert. Die blaue Sklera beruht ebenfalls auf abnormer Dünnheit derselben. Diese Osteopsathyrosis soll eine Verwandtschaft mit der Osteogenesis imperfecta haben. Einen solchen Fall von echter Osteogenesis imperfecta habe ich auch hier einmal gezeigt. Die Individuen mit echter Osteogenesis imperfecta sind aber nicht lebensfähig und erreichen kaum das 2. Lebensjahr.

Der gegenwärtige Fall von Osteopsathyrosis ist der dritte, den ich gesehen habe. Beim ersten Fall erinnere ich mich an den Befund nicht, denn damals dachte ich noch an keinen Zusammenhang. Beim zweiten Fall bestand ebenfalls eine Läsion des inneren Ohres und ebenso in diesem Fall. Jetzt kann ich mich doch des Gedankens nicht erwehren, daß die Laesio auris internae in diesen allerdings sehr seltenen Fällen ein vielleicht konstantes oder sehr häufiges Symptom ist. In diesem Fall ist übrigens im Röntgenbild durch die Vergrößerung des inneren Gehörgangs beiderseits auch eine anatomische Veränderung im Bereich des Felsenbeins zu konstatieren. Die Tatsache, daß in beiden Fällen die Veränderung am Gehörorgan, d. h. die Schwerhörigkeit erst im späteren Alter aufgetreten ist, während die Knochenbrüchigkeit angeboren ist und schon in der Kindheit zu Frakturen führt, braucht uns weiter nicht wundern. Entweder ist die Alteration des inneren Ohres bzw. des Nerven durch die uns unsichtbaren Vorgänge im Knochen (vielleicht besonders an den engen Kanälchen des Tractus spiralis und der Areae cribrosae) bedingt oder bei einem bereits minderwertig angelegten Organ tritt erst später im Aufbrauchalter die Minderwertigkeit hervor.

IX. Ruttin: **Zweimalige artifizielle Atresie auf demselben Ohre durch Operation geheilt.**

Den N. N., Infanteristen, habe ich Ihnen bereits im Jahre 1917 vorgestellt. Er war damals angeblich am 18. III. aus dem Feld wegen Eiterung des linken Ohres zurückgeschickt worden und wurde am 19. V. auf die Klinik aufgenommen. Ich konstatierte damals eine völlige Atresie des linken Gehörgangs, die nach seiner Angabe durch die Eiterung entstanden war, die ich aber für artifiziell hielt. Am 13. VI. operierte ich die Atresie. Da dieselbe ziemlich vorne lag, so wählte ich die damals von mir angegebene Methode (Ablösung der Ohrmuschel, Excision des Knorpels der Cymba conchae von rückwärts, Lappenbildung aus der Haut der Cymba conchae, Schluß der retroaurikulären Wunde; die genaue Beschreibung der Methode erschien in der Festschrift für Hofr. Urbantschitsch). Ich konnte ihn im Herbst geheilt und frontdiensttauglich Ihnen vorstellen. So ging er zum Kader. Heute vor 6 Wochen nun kam der Mann wieder zu mir abermals mit kompletter Atresie desselben Ohres. Da nun die Motive der Zurückhaltung wegfallen, gab er mir ohne weiteres zu, daß er sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Atresie das erste Mal und auch das zweite Mal, da er in die Marschkompanie eingereiht werden sollte, gemacht habe. Ich habe ihn nun noch einmal operiert, nur habe ich jetzt noch etwas Knorpel aus dem Crus helicis entfernt. Wie Sie sehen, ist das Resultat auch diesmal tadellos, der Gehörgang von fast normaler Weite, das Gehör normal, nachdem ich eine offenbar ebenfalls artifizielle Otitis, die hinter der Atresie bestand, konservativ geheilt habe.

X. Ruttin: **Retroaurikuläre Venenektasie nach Jugularisunterbindung.**

N. Sch., 26 Jahre, habe ich Ihnen ebenfalls bereits im Jahre 1911 vorgestellt. Sie wurde mir damals vom Doz. Frey mit der Diagnose Sinusthrombose überwiesen. Ich zweifelte an der Diagnose um so weniger, da eine seit 3 Jahren bestehende schwere chronische Mittelohreiterung vorlag, die seit 7 Tagen hohes Fieber mit Schüttelfrösten verursachte. Da bei der Operation der Sinus gelbgrün verfärbt war, unterband ich die Jugularis, die fingerdick und außerordentlich gefüllt war. Überraschender Weise war im Sinus keine Thrombose. Etwa 1½ Monate später hatten sich in der Wunde und am hinteren Rand derselben zahlreiche Venenektasien ausgebildet. Gleichzeitig hatte O. Ruttin rechts Stauungspapille mit Hämorrhagien konstatiert. Gegenwärtig, also 8 Jahre später, sehen Sie ziemlich ausgedehnte Venenektasien in einer breiten Zone hinter und unter dem operierten Ohr.

Ich habe schon wiederholt darauf aufmerksam gemacht, daß, wenn man bei voller Jugularis unterbindet, in manchen Fällen (übrigens auch in manchen Fällen von Sinusthrombose) ein Symptomenkomplex auftritt, der offenbar für eine starke Rückstauung des Blutes in dem Cavernosus charakteristisch ist: Heftige Kopfschmerzen, Stauungspapille, Abducensparese. Alle diese Symptome gehen nach einigen Wochen zurück. Hier trat noch diese Venenektasie dazu, die jedoch bleibend war.

Diskussion.

H. Neumann: Ich möchte Herrn Ruttin bitten, den Fall später wieder einmal vorzustellen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß die Ektasie mit der Jugularisunterbindung nicht im Zusammenhang steht. Bei genauerer Betrachtung sieht man auch kleine Venen ektatisch, die nicht zum Jugularisgebiet gehören. Es wäre also möglich, daß bei der Pat. im Lauf der Zeit sich etwas herausstellen wird, was den Befund anders erklärt. Jedenfalls ist der Fall eine abnorme Seltenheit.

Ruttin: Ich habe die Pat. seinerzeit — sehr bald nach der Operation — hier vorgestellt und da hat man schon im Operationsgebiet Ektasien gesehen.

Neumann: Nimmt das zu?

Ruttin: Ja.

XI. Ruttin: **Labyrinthitis, Erysipel, Sinusthrombose. Operation. Heilung. Facialparalyse 8 Wochen nach der Labyrinthoperation.**

L. Z., 20 Jahre, Stubenmädchen. Sie war im Alter von 5 Jahren auf dem linken Ohr operiert worden. Näheres darüber weiß sie nicht anzugeben. Seit der Operation geringer Ohrenfluß. Am 15. X. 1917 traten Schmerzen im operierten Ohr und hohes Fieber (39°) auf. 3 Tage später kam sie an die Ohrenklinik, wo ihr die Aufnahme empfohlen wurde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie trat jedoch erst 4 Tage später ein. Inzwischen waren schon starke Kopfschmerzen aufgetreten, angeblich kein Schwindel.

Befund bei der Aufnahme am 22. X. 1917: L. O.: Fötide Otorrhoe. Gehörgang durch Senkung der hinteren Wand spaltförmig verengt, der Einblick in die Tiefe unmöglich. Kleine fluktuierende Schwellung am Warzenfortsatz, entsprechend einer gedehnten Operationsnarbe. Die Umgebung stark druckempfindlich. R. O.: Trommelfell eingezogen. Linkes Ohr taub. Kalorische Reaktion nicht notiert. Spontaner Nystagmus nach beiden Seiten.

23. X. 1917. Operation (Bondy): Schnitt in der Narbe. Federkieldicke, glattrandige Fistel in Antrumhöhe, aus der Cholesteatom hervorkommt. Radikaloperation. Antrum sehr weit. Knochen elfenbeinhart. Wenige eiterhältige Zellen gegen die Pyramidenkante hin. Der Sinus liegt, von einer festen Weichteilnarbe bedeckt, in etwa 1 *cm* Länge frei. Die Knochenränder daselbst sind zugeschärft. Weitere Freilegung des Sinus gegen das obere Knie; Wand überall normal. Daher kein Eingriff am Sinus. Panse-Plastik mit Naht beider Lappen. Lockere Tamponade. Naht bis auf den unteren Wundwinkel.

24. und 25. X. Fieberfrei. 26. X. 36,4, 39,5, 37,7. 27. X. 39,0, 36,8, dann fieberfrei bis zum 31. X. 31. X. 37,4, 38,1.[1]) 1. XI. 36,6, 37,8. 2. XI. 36,1, 38,7.

3. XI. 36,7, Puls 96. Pupillen reagieren auf L. und A. Nystagmus rotatorisch-horizontal bei Blick nach rechts nach rechts, bei Blick nach links nach links, etwas mehr als I. Grades, nach links stärker als nach rechts. Starke Empfindlichkeit der Nackenwirbelsäule auf Druck und bei aktiven und passiven Bewegungen. Den Kopfbewegungen setzt sie wegen starker Schmerzen Widerstand entgegen. Linke Schädelhälfte klopf- und druckempfindlich. Dermographie ausgesprochen. Keine Sensibilitätsstörungen. B. D. R. rechts stark, links kaum auslösbar. P. R. beiderseits stark gesteigert. Fußklonus rechts stark, links schwächer. A. S. R. beiderseits stark gesteigert, besonders rechts, wo auf Beklopfen der linken Achillessehne sofort starker Fußklonus eintritt. Kernig positiv, kein Babinski. Spontanes Zeigen beiderseits richtig. V. W. Mäßige Sekretion. Von Erysipel nichts zu sehen. Totale Taubheit und Unerregbarkeit links.

Zwar dachte ich an die Möglichkeit eines Erysipels, doch bewogen mich die meningealen Erscheinungen bei ausgeschaltetem Labyrinth und die Tatsache, daß schon vor der ersten Operation Fieber bestand, zur Operation.

3. XI. 1917. Operation (Ruttin): Eröffnung der alten Wundhöhle. Der Sinus mit einer außergewöhnlich dicken Schwarte bedeckt. Probeincision stichförmig, Blut im Strahl. Freilegung des Trautmannschen Dreieckes. Die Dura daselbst nur wenig graurot verändert. Eröffnung des Labyrinths nach Neumann. Kein Liquorabfluß. Abtragung des Promontoriums, das erweicht scheint. Im ovalen Fenster findet die Sonde auch nur geringen Widerstand. Sie dringt durch die rückwärtige angelegte Labyrinthöffnung heraus. Docht. Verband. Lumbalpunktion: Unter hohem Druck, klar. Nur die letzte Portion etwas getrübt.

[1]) Kollege Bondy geht auf Urlaub. Ich übernehme die Pat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. XI. 36,8, 39,4, Puls 112. Doppeltsehen. Leichte Abducensparese links. 5. XI. Erysipel. 9. XI. 40,2. Erysipel noch stark. Lidödem beiderseits. V. W. Mäßige Eiterung. Aus dem Sinus keine Blutung bei Wegnahme des Tampons.

Pupillen reagieren auf L. und A. Nystagmus wie früher. Abducensparese links. Keine Empfindlichkeit des Nackens mehr. B. D. R., P. R., A. S. R. beiderseits auslösbar, vielleicht noch etwas gesteigert. Fußklonus rechts noch vorhanden, aber viel schwächer, links schon ganz schwach. Keine Sensibilitätsstörung. Kein Babinski, kein Kernig.

12. XI. Erysipel abgelaufen. Temperatur normal.

13. XI. Temperatur 36,3, 38,9. Doppeltsehen seit heute geschwunden. Keine Abducensparese mehr nachweisbar. Nystagmus unverändert. Reflexe normal. Kein Fußklonus. Kein Kernig.

In den nächsten Tagen nahm nun die Temperatur immer mehr pyämischen Charakter an; am 17. und 18. XI. trat nun je ein Schüttelfrost auf, so daß ich mich am 19. XI. zur Jugularisunterbindung entschloß.

Operation: Stichincision im mittleren Teil des Sinus ergibt volle Blutung. Stichincision in der Nähe des Bulbus ergibt starke, jedoch nicht ganz volle Blutung. Eingehen mit dem gekrümmten Löffel und Herausholen eines etwa hanfkorngroßen, anscheinend an der vorderen oberen Wand des Bulbus haftenden Thrombus. Danach starke Blutung.

Unterbindung der Jugularis am Halse. Sehr reichliches Fettgewebe. Eine kleine entzündete Drüse im Kieferwinkel. Das perijuguläre Gewebe rotgrau, anscheinend entzündlich verändert. Vena facialis und thyreoidea sind ziemlich stark und gehen nebeneinander ab. Doppelte Unterbindung oberhalb der Vena thyreoidea im Gesunden, Durchschneidung zwischen den Ligaturen. Weitere Eröffnung und Ausräumung des Sinus ist nicht mehr möglich, da bereits volle Blutung vorhanden ist.

Bis Mitte Dezember dauerte pyämisches Fieber mit Temperaturen bis 39,7° an und traten auch eine Metastase in der Glutealgegend und eine am Oberarm auf. Beide wurden geöffnet. Der Verlauf war danach ein normaler. Nachdem die Pat. schon etwa 3 Wochen ganz fieberfrei war, trat plötzlich am 16. I. 1918 ohne erkennbare Ursache und ohne irgendwelche andere Symptome totale Facialparalyse auf dem operierten Ohr auf. Das war also 58 Tage nach der Labyrinthoperation. Diese Paralyse ist bis heute geblieben.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant. Etwa 8 Tage nach der Radikaloperation traten bei vollständig ausgeschaltetem Labyrinth meningeale Erscheinungen auf, dabei bestand ein Nystagmus nach beiden Seiten. Ich dachte wohl an Erysipel, schon wegen des Nystagmus, aber da die Pat. schon vor der Radikaloperation, also vor 11 Tagen, gefiebert hatte und vollständige Labyrinthausschaltung bestand, so konnte ich die meningealen Erscheinungen nicht als Meningismus von seiten des Erysipels auffassen, sondern mußte an eine beginnende labyrinthogene Meningitis denken. Daher nahm ich die Labyrinthoperation vor. Das Aussehen des Sinus veranlaßte mich auch zur Probepunktion (mit dem Skalpell). Zwei Tage nachher wurde ein Erysipel manifest. Ob nun die meningealen Symptome nur ein zum Erysipel gehöriger Meningismus waren oder wirklich eine beginnende Meningitis, läßt sich nicht entscheiden. Im ersteren Falle müßte das Erysipel die außergewöhnlich lange Incubation von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

14 Tagen gehabt haben, ferner könnte dann auch die Abducensparese vom Erysipel bedingt gewesen sein. Andrerseits wissen wir aber auch, daß bei beginnender Meningitis Abducensparese nicht selten ist. Schließlich könnte die Abducensparese auch eine Folge der Labyrinthoperation sein, denn wir wissen, daß auch nach der Labyrinthoperation Abducensparese auftreten kann.

Die Sinusthrombose kann Folge der Stichincision sein. Bei der zweiten Operation war erst durch die Probeincision und Eingehen mit dem Löffel in den Bulbus die wandständige Thrombose festzustellen. Ich mache jetzt in der Regel, wenn Probeincision nötig ist, dieselbe an drei Stellen, und zwar am oberen Knie, in der Mitte und am Bulbus, wenn die Thrombose nicht schon an einem dieser Orte festgestellt werden kann. Besonders interessant ist das Auftreten der Facialparalyse 58 Tage nach der Labyrinthoperation nach Neumann. Dieses Ereignis habe ich trotz der vielen Labyrinthoperationen, die ich ausgeführt und gesehen habe, noch nicht beobachtet. Die Ursache ist wohl eine Neuritis des Facialis, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Operation steht.

XII. O. Beck: **Zur Prognose der Funktionsstörungen am Gehörorgan bei luetischer Meningitis. Vestibularprüfung vor und nach der Lumbalpunktion.**

Bei dem 31jährigen Pat. wurde am 5. X. 1918 eine luetische Initialsklerose konstatiert und sofort die Behandlung begonnen. Die Behandlungszeit dauerte einen Monat und er erhielt 4 Salvarsan- und 9 Hg-Injektionen. Da der Kranke wegen der politischen Verhältnisse Lemberg verlassen mußte, wurde die weitere Behandlung unterbrochen. Am 29. XI. begannen starke Kopfschmerzen, die bis vor 8 Tagen andauerten und zuweilen eine solche Heftigkeit erreichten, daß der Kranke schlaflose Nächte verbrachte. Diesen Kopfschmerzen ist mit keinem der gebräuchlichen Medikamente außer Morphium beizukommen. Anfangs Dezember stellte sich auch Schwindelgefühl ein. Es ist meist nicht hochgradig, doch treten zuweilen Attacken von solcher Stärke ohne bekannte Ursache der Auslösung auf, daß der Kranke zu Boden fällt, wenn er sich nicht zufällig irgendwo anhalten kann. Mitte Dezember begann eine Lähmung des Gesichtsnerven auf der rechten Seite, und zwar soll sie im Augenast begonnen haben; später soll sie sich allmählich auch auf den Mund und Stirnast erstreckt haben. Die Anamnese ist sehr verläßlich, weil der hochintelligente Pat. sich sehr genau und objektiv beobachtete. Seit Mitte Dezember nahm auch das Gehör am rechten Ohr allmählich ab.

Befund vom 2. I. 1919: Trommelfell und Mittelohr beiderseits normal. L. O.: Normales Gehör.

R. O.: Laesio auris internae. Konv.-Spr. 1 *m*, Fl.-Spr. 15 *cm* (mit Lärmapparat geprüft).

Deutlicher rotatorisch horizontaler Nystagmus nach links bei Linksblick. In den übrigen Blickrichtungen kein Nystagmus. Hinter der undurchsichtigen Brille bei Geradblick kein Nystagmus. Spontaner Zeigeversuch in beiden Armen im Schulter-, Ellbogen- und Armgelenk an beiden Armen typisch. Bei Anstellung des Romberg schen Versuches geringes Schwanken des Körpers nach rechts und links, nach rechts etwas mehr. Bei Veränderung der Kopfstellung läßt sich dieses Schwanken des Körpers weder in seiner Intensität noch in seiner Richtung verändern. Der Gang

Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

mit geschlossenen Augen ist breitspurig und zeigt die Tendenz, nach rechts abzuweichen.

Kalorische Prüfung: R. O.: Weder mit ganz kaltem Wasser noch mit 46° Wasser läßt sich Nystagmus auslösen. Es tritt auch bei langdauernder Spülung keine Spur von Schwindelgefühl oder Vorbeizeigen auf. L. O.: Es besteht sowohl für kalte als auch für heiße Spülung dieselbe Unerregbarkeit, dieselbe Schwindelfreiheit, ebenso kein Vorbeizeigen.

Drehreaktion:

Nach Linksdrehung, Kopf aufrecht, Ny ➳ r. 22″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf aufrecht, Ny ➳ l. 24″.
Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 11″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ l. 12″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 9″.
Nach Linksdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↑ 8″.

Befund vom 13. I. deckt sich mit dem vom 9. I. Wassermann-Reaktion negativ. Interner Befund normal. Nervenbefund (Dr. Förster): Außer dem Befund an VII, VIII normal, kein Babinski. Rechtsseitige Lähmung des Facialis in allen drei Ästen. Stirn rechts glatt, Augenschluß nicht vollkommen, Mundwinkel hängt etwas herab.

Gaumensegel: Kein nennenswerter Unterschied in der Innervation zwischen rechts und links. Elektrische Erregbarkeit rechts vom Nerven und Muskel faradisch und galvanisch gegen links herabgesetzt. Ka. S. Z. > An. S. Z. Keine Entartungsreaktion. Am stärksten ist der Stirnast, weniger der Augen-, am wenigsten der Mundast befallen.

Cornealreflex beiderseits gleich. Geruch, Geschmack intakt. Lumbalpunktion am 4. I. im Sitzen 6 Uhr p. m. (Dr. Förster): Druck leicht erhöht, rasche Tropfenfolge. Farbe: blaß, klar, farblos.

Phase I: ++, starke Trübung. Pandy: +++, dick milchige Trübung beim Einfließen. Wassermann schwach positiv. 270 Zellen im Kubikmillimeter. Eiweiß: $^1/_{20}$ Nisselröhrchen (nach Zentrifugieren) nicht vermehrt.

5. I. Ohrbefund 11 Uhr a. m.: Gehör wie am 9. I. Kalorisch rechts nach 68″ Spülung (26°). Typische Reaktion auszulösen. Mäßiges Schwindelgefühl. In dem rechten Arm fehlt die Zeigereaktion nach außen. Die linke Hand zeigt typisch. Kalorisch links nach 75″ (26°): Typischer Nystagmus. Mäßiges Schwindelgefühl. Beide Arme zeigen typisch. Bei heißer Spülung tritt ebenfalls typische, aber herabgesetzte Reaktion auf, die Zeigereaktion nach außen fehlt im rechten Arm.

Drehreaktion:

Nach Linksdrehung, Kopf aufrecht, Ny ➳ r. 26″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf aufrecht, Ny ➳ l. 28″.
Nach Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 12″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ l. 11″.
Nach Rechtsdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↓ 8″.
Nach Linksdrehung, Kopf rechtsgeneigt, Ny ↑ 9″.

8. I. Die kalorische Reaktion weder rechts noch links sicher auszulösen; trotz längerer, fortgesetzter Spülung tritt auch kein Schwindelgefühl und kein Vorbeizeigen auf. Es wurde nun mit dem Kranken eine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

antiluetische Kur vorgenommen, und zwar erhielt er 3%ige Succinimidinjektionen und Salvarsan in Dosen von 0,3. Die Hg-Injektionen wurden jeden zweiten Tag vorgenommen und nach je 3 Hg-Injektionen eine Salvarsaninjektion gegeben.

Ohrbefund vom 26. I.: Gehör rechts einer Hörnervenaffektion entsprechend. Konv.-Spr. $2^1/_2$ *m*, Fl.-Spr. $^3/_4$ *m*.

Kalorische Reaktion: Bei 26° Spülung rechts nach 30″ typischer Nystagmus, Schwindelgefühl, typisches Zeigen in beiden Armen.

Linkes Ohr: Nach 35″ typische Reaktion, typisches Schwindelgefühl, typisches Zeigen.

Spontan besteht kein Nystagmus, die Kopfschmerzen haben sich gebessert.

Die Facialparese ist derart gebessert, daß sie heute nur bei genauer Untersuchung zu sehen ist.

Dieser Fall ist nach mehreren Richtungen hin interessant und bietet einen weiteren Beleg für die Prognose jener Hörstörungen, die sich in der sekundären Periode der Lues bei jenen Fällen einstellen, die mit Salvarsan behandelt wurden.

Im Jahre 1914 habe ich mir erlaubt, in dieser Gesellschaft in der Junisitzung Fälle mit Erscheinungen am Gehörorgan vorzustellen, die im Verlauf einer Lues komplett ertaubt waren und bei denen die Labyrinthe nicht erregbar gewesen sind. Ich habe auch damals genaue Befunde der Untersuchung des Lumbalpunktates vorgebracht. Die Ansicht, die ich mir bezüglich der Prognose derartiger Fälle zu bilden erlaubte, hatte ich damals dahin formuliert, daß man 2 Gruppen unterscheiden müsse. Die eine faßt diejenigen Fälle in sich, die pathologische Abweichungen im Lumbalpunktat ergeben, und zwar bezüglich der chemischen Reaktionen und des Zellengehaltes und der Wassermann-Reaktion. Diese Gruppe von Fällen gibt eine relativ günstige Prognose und seit dieser Zeit schien es mir, als ob die Prognose um so günstiger wäre, je deutlicher und prägnanter der Befund im Lumbalpunktat für eine Meningitis spricht. Bei solchen Kranken ist eine Heilung durch antiluetische Kuren zu erreichen. Ob Salvarsan oder Quecksilber oder beides kombiniert angewendet wird, kann wohl auf die Dauer der Heilung von Einfluß sein, bezüglich der Heilung selbst ist aber die Art der Behandlung nicht das Wesentliche, wesentlich ist nur die energische antiluetische Therapie. Bei der zweiten Gruppe von Fällen, die ebenfalls Erscheinungen von seiten des Gehörorgans zeigen, sei es Cochlear- oder Vestibularapparat, bei denen aber die Untersuchung des Liquors normale Verhältnisse ergibt, ist die Prognose ungünstig zu stellen. Ich möchte nochmals hervorheben, daß diese Gruppierung für das Sekundärstadium der Lues gilt.

Ohne jetzt auf die einschlägige Literatur näher eingehen zu wollen, glaube ich an der Hand des jetzt und der im Jahr 1914 vorgestellten und der in der Zwischenzeit untersuchten Fälle behaupten zu können, daß die von manchen Autoren vertretene Ansicht, daß derartige Erscheinungen am Gehörorgan auf einer gleichzeitigen oder vorausgegangenen, aber ausgeheilten Meningitis beruhen, nur bedingt richtig ist, ebenso kann ich nicht beipflichten, daß derartige Krankheitsbilder immer durch eine Unterdosierung des Salvarsans hervorgerufen werden. Denn man findet ja dieselben Erscheinungen am Octavus bei negativem Befund im Lumbalpunktat

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und genügender Salvarsan-Hg-Behandlung. In den vorgestellten Fällen, die hochgradige Veränderungen im Liquor zeigten, ist die Rückbildung des Prozesses äußerst rasch erfolgt.

Der Fall ist aber auch von einem anderen Gesichtspunkt aus interessant. Beim spontanen Zeigeversuch bestanden in beiden Armen, im Schulter-, Ellbogen- und Armgelenk typische Verhältnisse. Als die kalorische Reaktion wieder auszulösen war, fehlte die Zeigereaktion im rechten Arm und Ausfall des Zeigens für e i n e bestimmte Richtung findet man bei der Lues im Sekundärstadium nicht so selten und die dürfte ebenfalls auf eine Meningitis zurückzuführen sein.

B e y e r in Berlin hat ganz unabhängig von mir ein derartiges Verhalten des öfteren beobachtet, was ja am Otologenkongreß in Kiel zur Sprache kam.

Schließlich möchte ich noch auf ein drittes Moment bei diesem Fall hinweisen. Der Kranke wurde um 6 Uhr nachmittags lumbal punktiert und den darauffolgenden Tag um 11 Uhr vormittags habe ich eine Labyrinthprüfung vorgenommen. Während vor der Lumbalpunktion keine der beiden Seiten für kalorische Reize ansprechbar war, bestand am Tag nach der Lumbalpunktion eine sichere, wenn auch stark herabgesetzte kalorische Erregbarkeit beider Labyrinthe. Die Druckentlastung mit der Wiederkehr der Erregbarkeit in ursächlichen Zusammenhang zu bringen, erscheint um so plausibler, als 3 Tage nach der Lumbalpunktion die Erregbarkeit wieder verschwunden war. Zu dieser Zeit wurde noch keine antiluetische Behandlung vorgenommen, weil ich mit dem Beginn der Therapie warten wollte, bis die ganze Untersuchung abgeschlossen war. Es wird sich wohl der Mühe lohnen, in Hinkunft derartige Fälle vor und nach der Lumbalpunktion auf das Verhalten der Labyrinthreaktion zu prüfen.

D i s k u s s i o n.

H. N e u m a n n: Wie war der Stimmgabelbefund im ersten Falle?

B e c k: Wie bei einer Laesio auris interna.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

I. Allgemeines.

Zur Errichtung oto-laryngologischer Abteilungen in den städtischen Spitälern. Von M. H e r t z. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 30, 36, 37.)

Verf gibt eine oberflächliche Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Otolaryngologie und ihre Stellung im Spitalswesen in Deutschland, Österreich, Rußland, England, in der Schweiz, in Amerika und in den skandinavischen Ländern und stellt diesem die zurückgebliebenen schlechten Zustände in Polen gegenüber, wo auf eine Bevölkerung von 12 Millionen Einwohner keine einzige Lehrkanzel und nur 50 Betten in Warschau und 7 in der Provinz für otolaryngologische Patienten zur Verfügung stehen. H. erörtert dann die Notwendigkeit besonderer otolaryngologischer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abteilungen, die durch Ambulatorien durchaus nicht ersetzt werden können, besonders für die Ausbildung und Vervollkommnung der Untersuchungs- und der chirurgischen Behandlungsmethoden z. B. bei Nasennebenhöhlenerkrankungen, bei Verengerung der Luftwege, der Tracheobronchoskopie, der Warzenfortsatzoperationen usw. Aber selbst kleinere Eingriffe, wie Adenotomie, Tonsillotomie, Polypenextraktion bedürfen oft einer 1—2tägigen postoperativen Spitalsbeobachtung. Ebenso gereicht die ambulatorische Behandlung akuter entzündlicher Zustände des Mittelohres, der Nasennebenhöhlen, des Rachens und des Kehlkopfes oft nur zum Schaden der Patienten, indem sie der Vernachlässigung und der Entstehung von Komplikationen Vorschub leistet. Weiterhin weist Verf. auf die Wichtigkeit hin, daß Radikaloperationen im Ohre, in den Nasennebenhöhlen und im Kehlkopf, ebenso wie die Nachbehandlung nach solchen Operationen nur von spezialistisch ausgebildeten Ärzten anstatt von allgemeinen Chirurgen ausgeführt werden.

Auf Grund dieser Ausführungen plädiert Hertz im Interesse der Entwickelung der Disziplin, wie auch im Interesse der an solchen Krankheiten leidenden Patienten für die Errichtung von besonderen entsprechend ausgestatteten otolaryngologischen Abteilungen an allen Spitälern in Warschau und in den Provinzstädten. Spira.

Beitrag zur Lehre von den sogenannten Kriegsneurosen und ihrer Behandlung auf Grund eigener Beobachtungen. Von J. Piltz, Krakau. (Przeglad Lekarski. 1917. Nr. 48.)

Auf Grund hereditärer psychopathischer Minderwertigkeit kommt es im Kriege häufiger als im Frieden infolge allmählich oder plötzlich einwirkender physischer oder psychischer Schädlichkeiten zu einer Reihe nervöser Erscheinungen, wie hysterischer Blindheit, Taubheit, Taubstummheit, Aphasie, Aphonie, Stammeln usw., einzeln oder kombiniert. Die von den Patienten gewöhnlich angeführten Krankheitsursachen, wie Schreck, Verkühlung, Explosion, Verschüttung u. dgl. bilden nur die auslösenden Momente, während die eigentliche Genese auf pathologische Autosuggestion, resp. auf Fixierung eines oder mehrerer Symptome des „neurotischen Symptomenkomplexes des Schreckens“ zurückzuführen ist, wozu später „Auflagerung hysterischer Symptome“ hinzutreten kann.

Während Aggravation bei psychisch Minderwertigen ziemlich häufig vorkommt und gewissermaßen zum klinischen Bilde der Hysterie gehört, sind Fälle reiner Simulation nicht gleich häufig, wenn sie auch nicht gerade zu den Seltenheiten gehören. Erscheinungen von Simulation von Nervenkrankheiten lassen sich an entsprechend geleiteten neurologisch-psychiatrischen Abteilungen in ähnlicher Weise beseitigen wie Erscheinungen von Hysterie und sind deshalb in ähnlicher Weise zu behandeln.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Therapie hat nicht bloß die Beseitigung der nervösen Symptome, sondern auch eine günstige Beeinflussung der psychopathischen Konstitution zur Aufgabe. Die wirksamste Methode ist die Psychotherapie. Während die direkte Suggestion oft eine entgegengesetzte Wirkung auslöst, wirkt die indirekte Suggestion z. B. durch Elektrotherapie, Ausführung verschiedener Bewegungen, Gymnastik usw., in Verbindung mit verbaler Suggestion viel günstiger, wobei natürlich individualisierend vorgegangen werden muß. — Unter den näher mitgeteilten 28 Fällen geheilter Kriegsneurosen finden sich: Dysbasia, allgemeiner Tremor und Aphonie, Dysbasia und Aphonie; hysterische Astasie und Aphonie; Paraplegia pseudospastica cum tremore mit hysterischer Stummheit; pseudospastische Lähmung der unteren Extremitäten mit allgemeiner Analgesie, allgemeinem Zittern und Stammeln; komplette hysterische Aphonie; komplette hysterische Taubheit; Blindheit auf einem Auge. Spira.

Einfluß der Röntgenstrahlen auf das reifende Gehirn. (Vorläufige Mitteilung.) Von cand. med. Hans Brunner und Priv.-Doz. Dr. G. Schwarz, Leiter der Röntgenabteilung der I. med. Klinik. (Aus dem neurologischen Institut [Vorstand: Hofrat Prof. Dr. Obersteiner] und der I. med. Klinik [Vorstand: Dr. K. F. Wenckebach] der Universität Wien.) (W. kl. W. 1918. Nr. 21.)

Aus den Untersuchungen an 4 Tage alten Hunden, bei denen relativ kleine Dosen harten, gefilterten Röntgenlichtes bis 4mal in je 3tägigen Intervallen zur Anwendung kamen, ergaben sich nach einer 10—14tägigen Latenzzeit ein bedeutender Einfluß auf das Wachstum wie Nervensymptome, bei der Sektion Zeichen gesteigerten Hirndruckes ohne makroskopische Veränderungen am Gehirn. Ernst Urbantschitsch.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Erfahrungen über parenterale Milchinjektionen bei akuter Mittelohrentzündung. Von Doz. Dr. Imhofer, Regimentsarzt, Chefarzt der Abteilung für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. Mit 10 Kurven. (Aus dem Garnisonsspital Nr. 15 in Krakau [Kommandant: OStA. Dr. L. Dobrowski].) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Aus den Ausführungen des Autors geht hervor, daß für die Otitis media acuta gegenüber der Behandlung mit parenteralen Milchinjektionen derselbe Standpunkt gerechtfertigt zu sein scheint und dieselben Bedenken obwalten, die gegenüber der Bierschen Stauung vorgebracht wurden und die dazu geführt haben, daß diese Behandlungsmethode heutzutage so gut wie verlassen ist. Ernst Urbantschitsch.

Beitrag zur Klinik der arteifiziellen Otitiden. Von Dr. Ernst Wodak. (M. Kl. 1918. Nr. 42.)

Die Otitis externa bildet im äußeren Gehörgang zirkulär festhaftende, dem Agens entsprechend gefärbte Belege, anfangs meist ohne Sekretion. Später stoßen sich diese ab und es bilden sich Ulzerationen mit Neigung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Stenosierung, Fortschreiten in die Tiefe und eigenartigem Fötor. Mitunter sekundäre Otitis media (allmähliches Entstehen!). Charakteristische Trommelfellbilder kommen hier nicht vor. Die Otitis externa pflegt, wenn sie nicht durch Verätzung erzeugt ist, rasch und gut auszuheilen, eventuell unter dem „Blaubindenverband". Bei der Otitis media kann es aber zu schweren Komplikationen kommen. Therapeutisch hat sich beim Verfasser am besten Hydrogenalkohol (90:10) bewährt.

Ernst Urbantschitsch.

III. Labyrinth und Hörnerv.

Über Explosionsschwerhörigkeit. Von Prof. Dr. Streit. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 101. H. 4. 1918.)

An der Hand von 250 durchgeprüften Beobachtungen bespricht der Verf. alle einschlägigen diagnostischen und therapeutischen Fragen. Bei Patienten, in deren unmittelbarer Nähe größere Geschosse explodiert waren, war in $^2/_3$ der Fälle in den ersten Tagen nach dem Trauma die Hörfähigkeit auf einem oder beiden Ohren herabgesetzt. Die Methode der genauen Hörprüfung mit Stimmgabeln hat für Explosionsschwerhörigkeit nur wenig diagnostisch verwertbare Resultate gezeitigt. Während in der ersten Zeit nach der Verletzung oft die Prüfung durch eine psychische Komponente gestört wird, fällt diese später meist weg, so daß sich die Befunde meist leicht in eine der folgenden 4 Gruppen einreihen lassen: 1. Starke Beteiligung des Mittelohrs und starke Beteiligung des Labyrinths; 2. starke Beteiligung des Mittelohrs und unwesentliche resp. nicht nachweisbare des Labyrinths; 3. schwache resp. nicht nachweisbare Beteiligung des Mittelohres und starke des Labyrinths und 4. schwache resp. nicht nachweisbare Beteiligung des Mittelohres und unwesentliche resp. nicht nachweisbare des Labyrinths. Die Prüfung des Vestibularis ergab nicht selten von der Norm abweichende Resultate (eigentümliche schaukelnde und zitternde Bewegungen der Bulbi, Mißverhältnis zu dem starken Schwindelgefühl und der Dauer resp. Stärke des Nystagmus etc.). Beim Bárányschen Zeigeversuch wurden auffallend häufig Abweichungen konstatiert. Endlich scheinen auch hie und da Schädigungen in der Kernregion des VIII. Hirnnerven und in den dazugehörigen Bahnen stattzufinden.

Wenn man alle Schädigungen berücksichtigt, die bei Explosionen vorkommen, so muß man nach dem Verf. 3 verschiedene Charaktertypen unterscheiden, welche allerdings gewöhnlich nicht in reiner Form, sondern miteinander vermischt zur Beobachtung kommen. Typus 1: Die Schwerhörigkeit ist bedingt durch eine Schädigung des Mittelohrapparates: Mittelohrschwerhörigkeit. Typus 2: Die Schwerhörigkeit hat ihre Ursache in Veränderungen innerhalb des Labyrinths oder des Hörnerven: Labyrinthschwerhörigkeit. Typus 3: Die Schwerhörigkeit ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

begründet durch zentrale Veränderungen von der Kernregion an aufwärts bis zur Großhirnrinde. Sie ist psychogener Natur resp. sie wird bedingt durch die Kernregion beeinflussende Entgleisungs- bzw. Hemmungsvorgänge oder andere Schädigungen. Wie weit hiebei mikrostrukturelle oder gar grob organische Veränderungen in Betracht kommen, ist noch nicht genügend geklärt: „Leitungsschwerhörigkeit".

Über die therapeutischen Erfolge spricht sich der Autor ziemlich skeptisch aus. Um einen Erfolg zu erzielen, muß die therapeutische Maßnahme so früh als möglich nach der Verletzung einsetzen. Aber auch aus diagnostischen Gründen ist es dringend notwendig, daß die durch Explosionswirkung in ihrem Gehör Geschädigten so früh als möglich in spezialärztliche Beobachtung kommen, da nur so die Frage beantwortet werden kann, ob es sich in einem jeweiligen Falle um die Folgen einer Explosion handelt oder nicht. Der Verf. hält es deshalb für notwendig, daß 1. jeder in ein Lazarett aufgenommene Fall von Explosionsnaheverletzung prinzipiell von sachgemäßer Seite auf Hörstörungen untersucht wird und 2. alle Leute, welche sich krank gemeldet haben mit der Angabe, sie seien durch Geschoßwirkung in ihrer Hörfähigkeit geschädigt, der Begutachtung eines Ohrenarztes zugeführt werden, sofern nicht innerhalb von einigen Tagen normale Hörfähigkeit eingetreten ist. Hierdurch wird man in gerechter Weise imstande sein, die Interessen des Einzelnen mit denen des Staates zu vereinigen. Leidler.

Neuropathia acustica. Von Dr. B. Karbowski, Warschau.

In mehreren Vorträgen und Demonstrationen auf Ärzteabenden zur Zeit des Krieges hat der Verf. die Wirkung der schweren Artillerie und Minen bei Nahexplosion auf eine einheitliche Erklärung zurückzuführen versucht. Mit Ablehnung aller früheren Theorien sieht er in der Verletzung des inneren Ohres durch den akustischen Effekt während der Explosion (meist durch den erfolgten Luftdruck) die einzige Ursache aller primären und sekundären Krankheitserscheinungen. Nach dieser sogenannten „Schalltheorie" ist das einzig unmittelbar leidende Organ das häutige Labyrinth mit seinen nervösen Apparaten. Die allgemeinen klinischen Erscheinungen entstehen sekundär durch Funktionsstörung des Labyrinthes. In sämtlichen, von ihm beobachteten Fällen, speziell im Anfangsstadium, waren stark ausgesprochene labyrinthäre Erscheinungen Taubheit, resp. stark herabgesetztes Hörvermögen, statische und dynamische Störungen in der Muskeltätigkeit, subjektives Schwindelgefühl, nicht selten Erbrechen. Die Störungen seitens der übrigen Sinne, die den Charakter einer Hypästhesie oder Anästhesie haben, sind immer an derjenigen Seite lokalisiert, an welcher das Labyrinth affiziert ist. Sind beide Labyrinthe stark in Mit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leidenschaft gezogen, so sind sämtliche klinische Erscheinungen auf der stärker betroffenen Seite intensiver ausgeprägt. Dasselbe gilt für die motorischen Symptome. Die motorischen klinischen Erscheinungen, Asthenie, Hypotonie, Ataxie, Asynergie, in selteneren Fällen erhöhte reflektorische Erregbarkeit der Muskulatur, finden ihre Erklärung in den klinischen und physiologischen Arbeiten von Flourens, Ewald, v. Stein, Bárány. Die Sinnesstörungen inkl. Sensibilität der Haut finden ihre Deutung in dem wenig erforschten funktionellen Zusammenhang, der zwischen der Sinnestätigkeit verschiedener Sinnesorgane herrscht. Eine Art Interferenz der Sinneseindrücke ist bei manchen Individuen stark ausgeprägt (Valton, Urbantschitsch, Lazarow, Kolesnikow).

Eine Sonderstellung nehmen manche Augensymptome ein. Der Autor macht auf eine Reihe von Symptomen aufmerksam, wie Diplopia und Polyopia monocularis und nicht selten vorkommende Makropsie und Mikropsie. Diese Augensymptome sind mit Störungen im Farbensinn verbunden (Achromatopsie).

In 350 schweren Fällen kamen zur Beobachtung Diplopia monocularis 188mal, Polyopie 26mal, Mikropsie 13mal, Makropsie 33mal. Im Laufe der zweiten bis dritten Woche schwinden für gewöhnlich diese Symptome und es bleibt meist eine Herabsetzung des Sehvermögens übrig.

In mehreren Fällen bestand Diplopie nur in einer Ebene — in der Vertikalen; wenn der Gegenstand eine Mittellage einnahm, so war Makropsie vorhanden; bei horizontaler Lage waren die Gegenstände verlängert, aber nicht verdoppelt, Diplopie und Polyopie sind ausschließlich für Gegenstände von geringer Breite (Finger, Bleistift) vorhanden. Umfangreiche Gegenstände scheinen makroskopisch zu sein. Diese Symptome, die bis jetzt als hysterische bekannt waren, erklärt der Autor durch Störungen der Ophthalmostatik. Die physiologische Amplitude der Schwankungen der Fixierungslinie wird überschritten infolge der abnormen Funktion der vestibulären Apparate. Die Zahl der Schwankungen in einer Sekunde und die Breite der Amplitude erklären sämtliche Symptome. Untersuchungen an einer größeren Zahl Labyrinthkranker bestätigt vollkommen die Schalltheorie. Eitrige und nichteitrige Erkrankungen des Labyrinthes geben nicht selten Symptomenkomplexe, die sich wenig unterscheiden von denen, wo das Labyrinth durch Schall geschädigt war. Es ist nicht zu verneinen, daß manche Symptome bei Schädigung des Labyrinthes durch Schall viel intensiver ausgesprochen sind als bei schweren Erkrankungen des Labyrinthes anderer Art, sogar bei Leuten mit herabgesetztem Neuropotenzial. Die Ursache dafür ist in den eigentümlichen anatomisch-pathologischen Veränderungen zu suchen. Bei Schädigung des Labyrinthes durch Schall werden vermutlich, abgesehen von der Schnecke, speziell die Oto-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lithenapparate leiden, die Schalleitungsapparate viel mehr in Betracht kommen als die Bogengangsapparate. Labyrinthstörungen infolge von Kopftraumen können analoge anatomisch-pathologische Veränderungen aufweisen. Darum ist uns das Bild der Kriegsneurosen nicht fremd. Analoge Bilder waren schon bei Unfallsneurosen der Friedenszeit beobachtet. Eine vorläufige Mitteilung ist erschienen in den Materialien für Feldkriegschirurgie und Sanitarie Nr. 1, S. 1, „Patogener vosduschnoi Konturii". Eine ausführliche Arbeit „Neuropathia acustica" wird in der nächsten Zeit im dritten Band derselben Zeitschrift erscheinen.

IV. Otochirurgie.

Über die primäre Naht der retroaurikulären Wunde nach Operationen am akut erkrankten Warzenfortsatz. Von Dr. Fr. Reinking in Hamburg. (Aus der Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung des Marienkrankenhauses in Hamburg.) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Der Autor befolgt bei seinen Warzenfortsatzoperationen folgenden Vorgang: Der Warzenfortsatz wird sorgsam ausgeräumt, das Antrum eröffnet, der äußere Teil der hinteren knöchernen Gehörgangswand wird mit der Luerschen Zange abgetragen. Die Spitze des Warzenfortsatzes reseziert Verfasser nur, wenn sie erkrankt ist. Die Ränder der Knochenwunde werden leicht abgeschrägt. Besonders wichtig ist es, daß das kranke Knochengewebe vollständig entfernt wird und daß in der Wunde keine Knochensplitter zurückbleiben. Etwaige Fetzen, die bei der Ablösung der Sehne des Sternocleidomastoideus vom Warzenfortsatz entstanden sind, werden sorgfältig mit der Schere abgetragen.

Nun wird ein langer schmaler Tupfer mit der Spitze ins Antrum gelegt und darüber die Wunde bis auf den untersten Teil, der in etwa $1^1/_2$ *cm* Länge offen bleibt, vernäht. Hier wird das Gazedrain nach außen geleitet.

Die Ohrgegend wird mit sterilem Mull und Zellstoff bedeckt und darüber ein Körnerscher Verband gelegt, der nur bei ganz kleinen Kindern durch einen größeren Wickelverband ersetzt wird.

Am 4. oder 5. Tage findet der erste Verbandwechsel statt, der Gazestreifen und die Nähte werden entfernt. Ist die Absonderung aus der Operationswunde nicht allzu stark, so wird ein neuer Tamponstreifen nicht eingeführt. Ist sie noch erheblich, so hält Verfasser den unteren Wundwinkel noch 2—3 Tage offen. Ernst Urbantschitsch.

Beiträge zur allgemeinen und speziellen Schädel-Kriegschirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie an der Schädelbasis. Von Prof. Linck. (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 108. H. 3. 1918.)

In einer groß angelegten, fast 100 Druckseiten starken, auf einem umfangreichen Material und großer persönlicher Erfahrung basierenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arbeit hat der Verf. alle Fragen der Diagnose und Therapie dieses in diesem Kriege so wichtigen, aber auch so umstrittenen Gebietes bearbeitet. Bei der Fülle des Materials und dem Reichtum der persönlichen, meist sehr beachtenswerten Standpunkte des Verf. in allen einschlägigen Fragen ist es unmöglich, ein für den Leser wertvolles Referat zu bringen. Ref. muß sich daher darauf beschränken, in einem engen Rahmen den Inhalt der einzelnen Kapitel zu geben und jeden an dem Thema Interessierten zu ermahnen, diese wichtige Arbeit persönlich zu lesen. Kapitel I: Diagnose und chirurgische Indikationsstellung bei Schußverletzungen an der Schädelkonvexität (Konvexitätsschüsse); Kapitel II: Dasselbe an der Schädelbasis (Basisschüsse) mit besonderer Berücksichtigung des Ohres, der Nase und der Augen; Kapitel III: Das Prinzip der Frühoperation bei Schußverletzungen der Schädelkapsel an der Konvexität und an der Schädelbasis; Kapitel IV: Die Behandlung der Kopfschüsse mit kongenitaler oder intrakranieller Lokalisation des Verletzungsgebietes an der Schädelkonvexität. Besonders wichtig in diesem Kapitel erscheint Ref. (auch für die Friedenschirurgie der Gehirnabscesse) die vom Autor sehr empfohlene Jodoformdrainage mittels Speculum und direkter Beleuchtung. Kapitel V: Dasselbe an der Schädelbasis. Bei Verletzungen im Bereiche des Ohres, der Nase und der Augen hielt sich Verf. wenn möglich an die typischen Operationen (Antrotomie, Radikaloperation, Operationen nach Denker und Killian etc.). Kapitel VI: Die Behandlung der Kopfschüsse mit extrakranieller Lokalisation des Verletzungsgebietes. Kapitel VII: Die Fragen der Transportfähigkeit der unbehandelten und behandelten Schädelschüsse. Kapitel VIII: Schlußwort.

R. Leidler.

Über einen Kombinationsfall von otogener und epidemischer Meningitis. Von Dr. Rudolf Jaffe, Oberarzt d. L. (M. Kl. 1918. Nr. 14.)

Ein Patient, der schon früher einmal an eitriger Mittelohrentzündung gelitten hatte, erkrankte an hohem Fieber, Schwindel und Kopfschmerzen; erst am dritten Krankheitstage trat eitrige Sekretion aus dem rechten Ohr auf, jetzt angeblich erst etwas Ohrenschmerzen. Im Lumbalpunktat fanden sich ausschließlich Meningokokken, im Eiter von der Gehirnbasis außer diesen auch Staphylo- und Streptokokken.

Verfasser nimmt an, daß Patient zuerst an epidemischer Meningitis erkrankte, wozu sich sekundär eine Infektion vom Mittelohr aus gesellte.

Ernst Urbantschitsch.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Seite

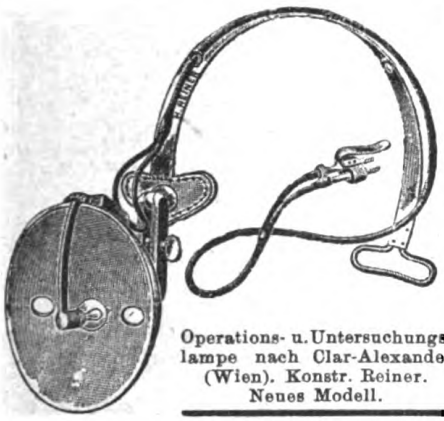
Privatdozent Dr. Erich Ruttin-Wien: Ohrbefunde bei sagittalen Durchschüssen des Gesichtes 273
Dr. Siegfried Gatscher-Wien: Hirnabsceß und Status hypoplasticus 286
Dr. R. Spira-Krakau: Ohrenkrankheiten und Militärdienst 290

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 27. Jänner 1919 296

Referate.

I. Allgemeines 313
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 315
III. Labyrinth und Hörnerv 316
IV. Otochirurgie 319



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien
Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.
Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.
•• **Neueste Konstruktionen.** ••
•••• Man verlange Spezialofferte. ••••

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen.

Von Prof. Dr. **Th. Brugsch**-Berlin. — Mit 13 Textabbildungen.

M 24.— = K 36.— + 20% Teuerungszuschlag,
gebunden M 26.— = K 39.— + 30% Teuerungszuschlag.

Der in Ärzte- und Klinikerkreisen hochgeschätzte Verfasser behandelt in dieser neuen »Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen« auf Grund eigener Erfahrungen zum ersten Male die konstitutionellen Krankheiten von dem einheitlichen Gesichtspunkte einer individuellen Beurteilung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

VALYLPERLEN

(Valeriansäuredläthylamid)

Bewährtes

Sedativum und Nervinum

Eigenschaften:

Konstante, verstärkte, typische Baldrianwirkung, sedativ, analeptisch.
Dünndarmlöslich, keine Beschwerden von Seiten des Verdauungstraktus.

Indikationen:

Ohrensausen, Ménière'scher Schwindel.
Neurasthenie, nervöse Herzleiden und Schlaflosigkeit.
Psychische Beruhigung vor der Lokalanästhesie.
Menstruations-, Schwangerschaftsbeschwerden.
Flimmerskotom, Asthenopie, Seekrankheit.

Dosierung:

2—3mal täglich 2—3 Perlen zu 0,125 g.

Originalpackungen:

25 Perlen zu 0,125 g.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

Soeben erschien:

Beiträge zur klinischen Ohrenheilkunde.

Festschrift für
Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch-Wien.
Von seinen Kollegen, Schülern und Freunden.

Mit 86 zum Teil farbigen Textabbildungen und 11 Doppeltafeln sowie 1 Bildnis.
8°. 1919. M 40.— = K 72.—. (Für Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.—.) + 20% resp. 30% Teuerungszuschlag.

Eine Sammlung von Arbeiten erster Autoren als Festschrift veröffentlicht zur Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers, des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch in Wien.

Die hier zum ersten Male veröffentlichten Beiträge sind nicht nur für Ohrenärzte wichtig, sondern vermöge ihres Inhaltes für jeden praktischen Arzt von Interesse.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang. 5. Heft
(Mai)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919.

Monatlich erscheint 1 Heft

Preis halbjährlich **30 M = 45 K.** Ein einzelnes Heft kostet **7 M 50 Pf = 10 K.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

☛ *Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr.* **Ernst Urbantschitsch**, *Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* **H. Marschik**, *Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

G. Alexander-Wien: Zur Frage der vikariierenden Entwicklung der intakten Sinnesorgane der Viersinnigen 321

Vereinsberichte

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 27. Jänner 1919. (Fortsetzung.) 338

Bücherbesprechungen

Dr. Karl Eskuchen-München-Schwabing: Die Lumbalpunktion. Technik der Lumbalpunktion. Allgemeine und spezielle Diagnostik des Liquor cerebrospinalis. Therapeutische Anwendung der Lumbalpunktion 347

Referate

I. Allgemeines 349
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 351
III. Labyrinth und Hörnerv 351

FIBROLYSIN

Leichtlösliche Thiosinamin-Verbindung.

Indikationen:

Stenosen, Strikturen, Schwerhörigkeit

infolge narbiger Verwachsungen und Adhäsionen.

Trockener chron. Mittelohrkatarrh.

Beginnende Otosklerose.

Spezialliteratur zur Verfügung.

E. MERCK, DARMSTADT.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 5. Heft.

Nachdruck verboten.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der VI. Abteilung des Garnisonsspitales Nr. 2 in Wien.

Zur Frage der vikariierenden Entwicklung der intakten Sinnesorgane der Viersinnigen.

Von Prof. Dr. **G. Alexander.**

Eine der interessantesten Fragen im Sinnesleben der Viersinnigen ist die des Sinnesvikariats, d. h. die Frage, ob, wann und in welchem Grade die Summe der intakt gebliebenen Sinnesorgane für das verlorene eintreten kann. Die Anschauung, daß bei den Taubstummen das Seh- und Tastvermögen sehr gut entwickelt ist, scheint in der Erfahrung begründet. Allerdings muß zugegeben werden, daß besonders das Gesichtsorgan im Leben des Fünfsinnigen schon eine so bedeutende Rolle spielt, daß eine Erhöhung der Bedeutung dieses Apparates im Gefühlsleben der Viersinnigen kaum denkbar ist. Auch ist schon beim Fünfsinnigen das Sehorgan assoziativ mit den übrigen Sinnesapparaten so innig verknüpft, daß bei eintretender Viersinnigkeit eine Verbesserung in dieser Richtung nicht erwartet werden kann. Auffallend bleibt indessen die Tatsache, daß der Durchschnitt der taubstummen Kinder in den Schulklassen im Zeichenunterricht so Vorzügliches leistet, daß das ungezwungen mit einer gewissen vikariierenden hohen Entwicklung des Seh- und Tastorgans erklärt werden kann. Auch das Einhalten der geraden Linie beim Schreiben auf der unlinierten Schultafel oder auf unliniertem Papier glückt schon verhältnismäßig kleinen taubstummen Kindern in vorzüglichem Grade durchschnittlich weit früher und besser, als es bei den vollsinnigen Kindern der Fall ist.

Weit verbreiteter ist endlich die Ansicht von der vikariierenden Entwicklung der intakten Sinnesorgane bei Blinden, die nicht bloß dazu führen soll, daß Gehör und Gefühl quantitativ und qualitativ bei Blinden mehr leisten als bei Fünfsinnigen, sondern sogar, wie wir im folgenden auseinan-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dersetzen werden, zu der allerdings nicht berechtigten Annahme eines dem Blinden eigenen Sinnes, des Fernsinnes, geführt hat. Glaubte man doch in alten Zeiten auch, daß dem Blinden von Natur aus eine über das Normale gehende Verfeinerung seiner erhaltenen Sinnesorgane gegeben sei (cit. nach Griesbach).

Binder (1) lehnt für den Blinden ein wirkliches Sinnesvikariat ab. Doch könne die Perzeptionsfähigkeit der Sinne durch Übung sehr gesteigert werden, so daß mit der Zeit schon ein leichter Grad von Reiz hinreicht, um eben dieselben Erscheinungen hervorzurufen, zu denen früher ein bedeutend höherer Grad erforderlich war.

Die Frage der Leistungsfähigkeit der intakten Sinnesapparate beim Blinden hat wiederholt Anlaß zu wissenschaftlicher Untersuchung geboten [Heller (4), Griesbach (3), Krogius (5), Kunz (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), Truschel (14, 15, 16)]. Griesbach hat auf breitester Grundlage Vergleichsprüfungen an Vollsinnigen und Blinden angestellt. Er hat dabei Kinder und Erwachsene, die, von der Blindheit abgesehen, die gleichen körperlichen und geistigen Voraussetzungen boten, bezüglich der Funktion des Gehörorgans bei Bestimmung der Schallrichtung, des Tast- und des Geruchsvermögens geprüft. Er fand keinerlei erhebliche Unterschiede im Bereiche des Gefühls zwischen Blinden und Normalen (eine kleine Differenz spricht sogar zugunsten der Sehenden). Er fand auch keinen Unterschied in bezug auf die Hörschärfe und das Lokalisationsvermögen nach Schalleindrücken bei Angabe der Schallrichtung. Auch im Bereiche der Riechschärfe war kein Unterschied zwischen Sehenden und Blinden festzustellen. Zoth (18) hat eine Reihe von Einwänden gegen die Griesbachschen Untersuchungen erhoben; so meint er insbesondere, daß bei der Prüfung der Schallrichtung durch Gehörseindrücke (wobei vom Prüfling die Schallrichtung mit dem Arm angezeigt wurde) Fehler dadurch unterlaufen sind, daß die Richtung infolge von Koordinationsfehlern in der Armbewegung falsch gezeigt wurde, auch wenn sie akustisch eventuell richtig empfunden worden ist. Zoth (18) meint nun, daß der Vollsinnige solchen Koordinationsfehlern nicht so leicht unterliegt als der in körperlicher Beziehung zumeist ungeübte Blinde und daß infolgedessen das Prüfungsresultat künstlich schlecht gemacht wird und daß bei dieser Versuchsanordnung die tatsächlich gegenüber dem Vollsinnigen größere Leistungsfähigkeit des Blinden in der akustischen Orientierung nicht zum Ausdrucke kommt. Bei der Tastprüfung, die Griesbach an den verschiedenen Hautstellen vorgenommen hat, kommt für die uns interessierende Frage nur das Tastvermögen der Fingerspitzen in Betracht, denn nur in diesen erlangt der Blinde durch Übung die Erhöhung der Leistungsfähigkeit. Auch seien für eine solche Prüfung nur solche Blinde heranzuziehen, deren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fingerhaut nicht durch grobe Arbeit verdickt und infolgedessen im Tastvermögen geschädigt worden sei.

Krogius (5) erkennt für die Blinden gleichfalls einen Fernsinn an, bei dem jedoch neben dem Gehörsinn auch die Temperaturempfindung eine bedeutende Rolle spielt.

Kunz (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) hat in imposanten Reihen von genauen experimentellen Untersuchungen die Frage des Sinnesvikariates wiederholt und grundlegend studiert. Er lehnt jedes Sinnesvikariat ab und hält sogar dafür, daß u. a. die Steigerung der Übung im Tastsinn der Blinden mit einer Abschwächung, aber nicht mit einer Verfeinerung des Tastgefühls einhergeht. Nach Kunz (8) kann auch von einem „sechsten Sinn" der Blinden keine Rede sein. Die Höhe der Funktion unserer Sinnesorgane ist an die anatomische Grundlage gebunden [Kunz (9)].

Truschel (14, 15, 16) nimmt für die Blinden einen Fernsinn an, der sich in der Hauptsache als Funktion des Gehörorganes und des Labyrinthes der Blinden erweist und zuweilen eine kleine Unterstützung durch die Mitwirkung des Temperatur- und Drucksinnes erfährt. Die Wahrnehmungen des X-Sinnes Truschels sollen dagegen ausschließlich auf der Reizung des Gehörorganes durch reflektierte Schallwellen beruhen (10).

Heller (4) konnte experimentell an Blinden eine geringe Verschärfung des Tastsinnes nachweisen. Eine bedeutende, bisher ungelöste Frage bleibt hiebei, ob die bessere Leistung durch Übung erzielt wird oder auch spontan zustande kommt, ob sie sich endlich bei mittlerer Intelligenz bald oder erst nach längerer Zeit einstellt. Die Umgebung der Blinden und die Blinden selbst haben bisher in dieser Frage nicht das Wort ergriffen. Die ersteren sind psychisch zumeist voreingenommen und geneigt, die objektiven sensuellen Leistungen der Blinden zu über- oder unterschätzen, den Blinden aber fehlt gemeinhin das Maß für den Vergleich. Beim Blindgeborenen hat sich im Bereiche seines Sinneslebens intravital nichts geändert und bei im Kindesalter erworbener Blindheit oder auch bei später allmählich eintretender Erblindung schwinden zu rasch die genauen Erinnerungsbilder des Sinneslebens der vollsinnigen Zeit, zumindest soweit, daß Leistungen der einzelnen Sinnesorgane aus der Erinnerung nicht rekonstruiert werden können. Ist es doch sicher, daß die Arbeit der intakten Sinnesorgane beim Blinden unter unausgesetzt angespannter Aufmerksamkeit vor sich geht und im Sinnesleben bei weitem sich nicht so viel im Unterbewußtsein vollzieht als beim Sehenden. In dieser gesteigerten Aufmerksamkeit kann es auch gelegen sein, daß der Blinde mit seinen erhaltenen Sinnesapparaten, vor allem mit dem Tastsinn, weit mehr leistet als der Sehende — eine Tatsache, auf die schon Zoth (l. c.) aufmerksam machte. In Betracht kommt meines

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erachtens auch noch folgendes: Von allen Sinnesorganen ist das Auge das ausdauerndste, dasjenige Sinnesorgan, das, normale, physiologische Leistungsfähigkeit vorausgesetzt, am längsten der Ermüdung widersteht; alle anderen Sinnesorgane ermüden rascher als das Auge. Aus dieser Tatsache, die zeigt, wie sehr der Blinde von vornherein schon dadurch geschädigt ist, daß ihm unter den Sinnesorganen das ausdauerndste fehlt, folgt, daß er die Tätigkeit seiner erhaltenen Sinnesapparate mit viel mehr Aufmerksamkeit und Tatkraft verfolgen wird als der Fünfsinnige.

Daß es sich bei Vikarität nicht um einen natürlichen und im allgemeinen automatischen Vorgang handelt, geht daraus hervor, daß ein beträchtlicher Teil blinder, sich selbst überlassener Kinder erst im richtigen Gebrauch ihrer intakten Sinnesapparate unterrichtet werden müssen. Erst die Erziehung zum richtigen Tasten gibt nach den Berichten, die wir aus Blindenanstalten haben, die guten Tasterfolge, und nur intelligente blinde Kinder werden aus der Anleitung anderer oder durch Aufgaben, die sie sich selbst stellen, dazukommen, ihre Hörorgane allmählich als Orientierungsorgane im Raume zu gebrauchen. Bei intelligenten Erwachsenen, die nun, wie es beim Kriegsblinden der Fall ist, durch ein Ereignis plötzlich ihr Augenlicht verloren, ist zu erwarten, daß diese Übungen von intelligenten Erblindeten sofort angebahnt werden und nicht erst auf Unterricht oder Anregung von außen gewartet wird. Nimmt man doch auch bei blinden Kindern wahr, daß sich das Gehör sozusagen von selbst schärft, währenddem der Tastsinn erst durch Übung zu erhöhter Leistungsfähigkeit geleitet werden muß.

Bl. [anon. (2)] verweist 1898 darauf, daß beim Blinden auch die Sinnesfertigkeit erhöht wird. Unter Sinnesfertigkeit versteht er den Komplex der Aufnahme von Eindrücken, Fortleitung derselben zum Gehirn und Bildung von Vorstellungen.

Zu untersuchen wäre noch — und in diesem Punkte finde ich in der Literatur nichts verzeichnet —, ob nicht die vikariierend erhöhten Sinnesleistungen der Blinden dadurch herbeigeführt werden, daß die intakten Sinnesorgane viel exakter assoziativ zusammenarbeiten als früher und daß diese Zusammenarbeit und besonders die oben erwähnte, erhöhte Aufmerksamkeit, unter der alle sinnlichen Leistungen beim Blinden vor sich gehen, zur schließlichen Erhöhung der Leistung führen. Man müßte nicht, wie Griesbach (l. c.) es getan hat, die exakten Methoden der Prüfung auf die einzelnen Sinnesapparate, sondern auf die Summe dieser Apparate anwenden. Das Wichtigste bei einer solchen Untersuchung wäre die richtige Versuchsanordnung. Es wird sich nach meinem Dafürhalten sicher herausstellen, daß das sinnliche Arbeitserträgnis der Summe bzw. der Zusammenarbeit des Hör- und Tastsinnes beim Blinden größer ist als beim sehenden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Menschen. Ich glaube auch, daß nur die Verstärkung der Zusammenarbeit der intakten Sinnesapparate zur Annahme des sogenannten Fernsinns der Blinden geführt hat. Soweit es sich dabei um Erregungen des Fernsinns handelt, die bei Annäherung oder Entfernung des Blinden von einem Objekte oder eines Objektes vom Blinden in Erscheinung treten, handelt es sich, wie aus der Beschreibung, die ein Teil unserer Kriegsblinden selbst gibt, nur um Gefühlseindrücke, die durch Luftbewegung und Temperaturunterschiede vermittelt werden, wozu noch unter Umständen Hörempfindungen kommen. Es mag sein, daß alle diese Sinnesreize beim Blinden nur wirken, weil bei lange anhaltender und geübter Aufmerksamkeit Reize noch eine Reaktion bei ihm hervorrufen, die beim Vollsinnigen gewöhnlich unter die Reizschwelle fallen. Der Blinde ist aber auch befähigt, bei sehr zarten und schwachen Reizen infolge des besseren Zusammenarbeitens seiner intakten Sinnesapparate die Reizsummen fruchtbringender zu verwerten als der Fünfsinnige. Dafür, daß der Fernsinn bei ruhenden Objekten und bewegungslosen Blinden sich geltend macht, haben wir aus den vorliegenden Berichten keinen Anhaltspunkt gewonnen.

Das Ineinanderfließen der Reize der niederen Sinnesorgane tritt ungemein häufig auf. Durch besondere experimentelle Anordnung kann gezeigt werden, daß wir unter Umständen überhaupt nicht in der Lage sind, bei einem Reiz zwischen Geruch und Geschmack zu differenzieren. Auch die verschiedenen Qualitäten der Empfindungen, die unter dem Sammelnamen Gefühl zusammengefaßt sind, fließen ohne merkliche Grenze ineinander über. Im Alltag tritt aber auch die Differenzierung im Bereiche der beiden höheren Sinnesorgane, Gesicht und Gehör, sehr zurück. Es ist somit nicht die verschiedene Qualität, sondern die Quantität der Sinnesempfindungen ausschlaggebend. Jeder Mensch muß imstande sein, mühelos während seines wachen Zustandes die Summe der Sinnesreize, die auf ihn einwirken, auch aufzunehmen. Es ist von Interesse, nun den Fall heranzuziehen, in welchem plötzlich ein Sinnesorgan ausfällt, also der Gesamtapparat an Sinnesleistung um die Leistung eines Organes verringert worden ist. Hierüber liegen aus der Friedenszeit große Reihen psychologischer Untersuchungen vor.

Der Krieg hat nun Gelegenheit geboten, in dieser Frage einmal die Erblindeten selbst zu Worte kommen zu lassen. Es handelt sich dabei um die selbständigen Mitteilungen von in der Mehrzahl intelligenten, erwachsenen, so überaus bedauernswerten Männern, die durch eine Kriegsverletzung erblindet sind.

Die Fragen, die ich mir hiebei stellte, waren:

1. Geben diese Blinden ein Sinnesvikariat zu?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Läßt sich aus der Beschreibung, welche die Kriegsblinden liefern, ein Sinnesvikariat auch in Fällen annehmen, in welchen direkte Angaben der Erblindeten darüber fehlen?
3. Wie lange nach der Erblindung beginnt das vikariierende Eintreten und wann erreicht es seine volle Höhe?
4. Entwickelt sich die vikariierende Tätigkeit spontan oder nur durch besondere, darauf abzielende Übung?
5. Wie steht es mit dem sogenannten Fernsinn der Blinden?
6. Schärft sich das Gehör dieser Blinden von selbst oder durch Übung?
7. Schärft sich der Tastsinn dieser Blinden von selbst oder durch Übung?
8. Macht sich ein gegenüber dem Zustand der Fünfsinnigen verbessertes Zusammenarbeiten der intakten Sinnesorgane geltend?

Frau Oberstleutnant Gisela Mosing, die seit Kriegsbeginn sich den Kriegsblinden fürsorglich zugewendet hat, hatte über meine Bitte die Freundlichkeit, eine Reihe von Kriegsblinden aufzufordern, all die Eindrücke schriftlich wiederzugeben, die sie in bezug auf ihre ganze Lebensführung seit dem Verluste ihrer Augen gewonnen haben. Nur ganz im allgemeinen wurden die Kriegsblinden angewiesen, bei ihrem Bericht auf die Frage Rücksicht zu nehmen, ob, in welchem Grade und wann die tragische Bedeutung des Verlustes des Augenlichtes für sie im Getriebe des Alltags eine Verminderung oder Aufhebung erfahren hat, und weiterhin sollten sie angeben, ob sich im Bereiche der erhaltenen Sinnesapparate irgendwelche Vorgänge bemerkbar gemacht haben, die darauf hindeuten, daß die übrigen Sinnesapparate bereit sind, in ihrer Funktion für den fehlenden Gesichtssinn einzutreten und dadurch den Verlust zu verringern oder auszugleichen. Nachdem vermieden werden mußte, die Erblindeten durch Einzelfragen zu verwirren oder gar Suggestivfragen zu stellen, wurde ihnen die Abfassung des schriftlichen Berichtes vollkommen allein überlassen. Fast alle begannen ihren Bericht mit der Schilderung der Umstände ihres Lebens kurz vor der Schlacht, in welcher sie ihre tragische Verwundung erlitten. Im Folgenden ist aus den von den Blinden selbst angefertigten Berichten nur das entnommen, was für die uns interessierende Frage von Bedeutung ist.

Es ist klar, daß die Selbstberichte der Blinden nur mit Vorsicht verwertet und den Ergebnissen exakter experimenteller Untersuchungen der oben genannten Forscher kritisch nicht gegenübergestellt werden dürfen. Die erhaltenen Angaben dieser tragisch Verletzten erschienen mir interessant genug, um sie im Folgenden mitzuteilen. Frau Oberstleutnant Gisela Mosing spreche ich für ihre wertvolle Unterstützung in der Erlangung der Berichte meinen herzlichsten Dank aus. Ganz besonders bin ich Herrn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hofrat Direktor Alexander Mell für mannigfache gütige Anregungen und für Literaturangaben dankbarst verpflichtet.

Fall I. Fr. H., betrifft einen Kranken, der infolge von Gasvergiftung zweimal eine Regenbogenhautentzündung schwersten Grades durchgemacht hat. Die erste trat im Jahre 1916 auf und war durch 14 Tage mit völliger Blindheit verbunden.

Der Kranke schreibt: „..... Ich wurde schon damals gewahr, daß sich während meiner Blindheit mein Gehörsinn und mein Tastgefühl auffallend verbesserten. Wenn ich so gelegen bin, vernahm ich das leiseste Geräusch in einer ziemlich großen Umgebung und wußte sofort, von welcher Person oder Sache es herrührte und was es bedeutete."

Gelegentlich seiner zweiten Blindenperiode, die 5 Wochen dauerte, schreibt er: „....auch diesmal trat mein Tastgefühl besonders stark hervor. Es war geradezu, als dürften mich die Gegenstände magnetisch anziehen. Ich wußte nämlich ganz genau, bevor noch meine Hand einen Gegenstand berührte, daß z. B. hier der Sessel, dort die Bank stand, und wich auch ganz richtig aus."

Seit sein Sehvermögen wiederhergestellt ist, ist die Steigerung seines Tastgefühles wieder verschwunden. In diesem Falle ist somit der Ausfall des Sehorganes subjektiv für den Kranken unvermittelt mit einer Steigerung seines Tast- und Hörvermögens verbunden gewesen. Daß es sich dabei nicht um eine physiologische Verfeinerung dieser Apparate handeln kann, ist klar. Hiefür wäre erstens die Zeit des Eintrittes zu rasch, zweitens spricht durchaus die Tatsache dagegen, daß bei diesem Manne, der sein Sehvermögen wieder erlangte, die von ihm beobachtete Steigerung von Gehör und Gefühl mit Wiedereintritt des Sehvermögens sofort geschwunden ist. Es handelt sich somit hier um einen rein psychologischen Vorgang, der allerdings für den Kranken von ungeheuerer Bedeutung ist, weil er den Eindruck bekommt, daß der Ausfall des Sehvermögens durch eine sofort einsetzende Verfeinerung des Gefühls und des Gehörs gedeckt wird. Er gibt ja auch ausdrücklich an, daß er dadurch in die Lage versetzt wurde, sich im Zimmer zu orientieren, ohne die Gegenstände seiner Beobachtung direkt zu berühren.

Der Eigenbericht des Falles I zeigt auch, daß der Komplex von assoziativer Sinnestätigkeit, der zur Annahme des „Fernsinnes" der Blinden führt, kurz nach Eintritt der Erblindung und spontan, ohne darauf abzielende Übung aufzutreten vermag.

Fall II. G. Gl. „ . . . . Schon hatte ich frische Munition zur Hand und wollte mein Gewehr frisch füllen, als mir eine starke Luftwelle die Mütze vom Kopf riß und mich stockdunkle Nacht umfing. Ich kannte die Ursache nicht. An der rechten Hand fühlte ich einen brennenden Schmerz und merkte, daß mir ein Teil des Daumens fehle. Ich verlor keinen Augenblick die Besinnung, im Gegenteil: ich erwachte wie aus einer Betäubung und merkte erst jetzt, daß ich nur mehr mit Toten und Sterbenden am Platze weilte. Alle anderen waren an die Ausgangsstellungen zurückgekehrt. Rasch entschlossen warf ich den Rucksack vor mich auf den Boden und mich selbst flach auf den Boden legend, kroch ich, so rasch es ging, zurück. Tote versperrten mir den Weg und Schwerverwundete stöhnten laut auf, wenn ich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über sie hinwegkroch. Ich hatte Glück. Trotz meiner Blindheit verlor ich nicht die Richtung. Auf meine ersten Fragen, wo ich sei und wohin ich kriechen muß, antworteten mir nur das laute Jammern und Stöhnen der Schwerverletzten, denen keine Hilfe geleistet werden konnte. Meinen wiederholten Fragen gab endlich eine Stimme zur Antwort: halte dich nur nach links, dann kommst du an den richtigen Ort. So kroch ich noch ein Stück, bis ich glaubte, in Sicherheit zu sein und um zu sehen, was mir eigentlich fehle. Das Gesicht brannte mir wie Feuer und Blut floß herunter. Ich schnallte mir Ruck- und Brotsack ab und tastend untersuchte ich zuerst meine rechte Hand. Am Daumen fehlte mir das erste Glied; ein Knochenstummel stand aus der Wunde heraus. Das war nicht schlimm und erleichtert atmete ich auf. Dann wollte ich meine Augen suchen. An ihre Stelle waren Fleischklümpchen getreten. Vergeblich strengte ich mich an, irgend einen Funken von Licht zu bemerken, wußte ich doch, daß heute ein selten schöner Tag mit einer Flut von blendendem Licht am noch stillen Morgen über uns erschienen war. Sollte es denn schon Nacht sein? Nein, unmöglich! Ich fühlte ja die warmen Sonnenstrahlen. Eine fürchterliche Erkenntnis stieg in meiner Seele auf: Du bist blind, schrie es in mir..... Nur einen Augenblick lang währte diese Verzweiflung, dann raffte ich mich auf und kroch weiter zurück..... Wieder fing ich an, halblaut zu rufen und zu fragen, wo ich mich befände und welchen Weg ich eigentlich einschlagen müsse, als sich einer von den übriggebliebenen gesunden Leuten meiner annahm. Er legte mir einen Notverband an und brachte mich zum Hilfsplatz. Es war noch ein schwieriges Stück Arbeit. Der Graben, der sich zwischen beiden Stellungen hinzog, war an manchen Stellen felsig. Wir mußten recht langsam hinunterrutschen. Mein unbekannter Begleiter ging dabei voraus und fing mich jedesmal in seinen Armen auf.... Als unser Bataillonskommandant (am Hilfsplatz) mich fragte, ob ich ihn erkenne, antwortete ich ihm: Jawohl, Sie sind der Herr Major. Er gab mir aus einer Flasche Rum zu trinken und tröstete mich. Unterdessen erschienen die Blessiertenträger und hoben mich auf die Tragbahre. Ich sagte meinen Kameraden und Freunden Lebewohl und viel Glück und dann ging's dem Spital zu. Eine wunderbare Ruhe war über mich gekommen. Ein sonderbares Gefühl in meiner Brust ließ keine schwarzen Gedanken in mir aufkommen. Hatte mir auch mein Freund meinen Zustand in den düstersten Farben geschildert, so sagte mir doch eine innere Stimme: Das Schreckliche ist nicht wahr, du wirst wieder sehend werden..... Das rechte Auge hatte sich soweit gebessert, daß ich wenigstens Tag und Nacht unterscheiden konnte. Ich war zufrieden, war ich jetzt doch nicht mehr in ein finsteres Schwarz gehüllt. Wenigstens beim Wechseln des Verbandes merkte ich, daß es Tag war. Die Schmerzen waren erträglich, die Ruhe des Spitales tat mir wohl und ich empfand sie wie ein Geschenk..... Mein linkes Auge war total erblindet. Durch den Luftdruck und die Gase war sein Inneres schwer verletzt und außerdem wurde eine Zerreißung des Sehnerven festgestellt. Im rechten Auge hatte mir ein Splitter die Hornhautmitte über der rechten Pupille zertrennt, die Linse zertrümmert und einen Vorfall der Iris bewirkt..... Ein Schimmer von Licht war mir darauf geblieben, der sich auch soweit besserte, daß ich ein Fenster ausnehmen und Licht im Zimmer bemerken konnte. Durch schwere, wochenlang anhaltende Entzündungen ging mir jedoch diese geringe Sehkraft verloren.... Meine anfängliche Hilflosigkeit und vollständige Abhängigkeit von anderen wichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

langsam einer gewissen Selbständigkeit. Mit Hilfe des Gehörs und des Tastsinnes fand ich mich in verhältnismäßig kurzer Zeit in meiner näheren Umgebung zurecht. Mein Nachbar, ebenfalls ein Blinder, weihte mich in die Geheimnisse der Brailleschen Blindenschrift ein. Ursprünglich hegte ich eine gewisse Abneigung dagegen, doch sehr bald begann ich daran Freude zu finden, denn durch fleißiges Üben im Lesen bildeten sich die Tastnerven in den Fingerspitzen bald so fein aus, daß ich die Punkte der Blindenschrift entziffern, ja sogar, wenn auch mit einiger Anstrengung, Sätze und später kleine Geschichten lesen konnte. Eine Art Faulenzer, bestehend aus einem polierten Holz in Form einer Schiefertafel mit einem Metalldeckel versehen, in welchem Spalten ausgeschnitten waren, ermöglichte mir schon beim ersten Versuch, meine Korrespondenz zu erledigen."

In diesem Fall ist die Orientierung in einem dem Kranken bis dahin unbekannten Terrain noch einige Zeit, nach der Erzählung noch gewiß durch $^1/_4$ Stunde, bestehen geblieben. Er gibt ausdrücklich an, sich gut orientieren gekonnt zu haben. Dies ist selbstverständlich nur auf dem Wege des Tastsinnes möglich gewesen. Auch in diesem Falle ist der sofortige Eintritt des Ersatzes ein Zeichen, daß es sich hiebei um eine wertvolle psychologische Hilfe, nicht aber etwa um eine physiologische Verfeinerung des Tastapparates gehandelt hat, und auch die Angabe, daß sich bei dem Patienten später unter dem Erlernen der Blindenschrift das Tastgefühl verfeinert hat, weist im wesentlichen nur auf die Bedeutung hin, die die Meinung, nun ein verfeinertes Tastgefühl zu besitzen, für die Psyche des Erblindeten gewinnt.

Fall III. W. Tsch. „Es war am 16. XI. 1915 an einem stürmischen Abend, als ich durch einen Sprengschuß im rechten Oberschenkel und im Gesicht derart verwundet wurde, daß ich mein Augenlicht verlor. Es läßt sich hier nicht zu Papier bringen, wie mir damals in dem fürchterlichen Augenblick zumute war. Verzweifelt und stumm ließ ich die braven Sanitätsleute mit mir hantieren, wie sie wollten. Die Worte des Arztes, es sei ein Auge noch zu retten, erleichterten mir meinen Zustand. Das feste Bewußtsein, das Augenlicht für Kaiser und Vaterland geopfert zu haben, gab mir wieder Mut, das schwere Unglück und die Schmerzen zu ertragen. Nun gings mittels Tragbahre den Berg hinab. Öfters versuchte ich, den Verband zu heben, um etwas Licht zu bemerken. Leider blieb es immer finster..... Aber Hoffnung hatte ich damals noch und sie hielt mich aufrecht....."

In der Augenklinik in J. wurde er operiert. Er blieb jedoch blind. Unlust und Unfähigkeit zu jeder Beschäftigung bemächtigten sich seiner, er bat um seine Transferierung nach W., die auch erfolgte. In W. wurde ihm sofort mitgeteilt, daß er sein Augenlicht nicht zurückerhalten werde.

„.... In der ersten Zeit vermißte ich mein Augenlicht auf Schritt und Tritt Doch später, als ich bemerken konnte, wie sich die anderen Sinne, hauptsächlich Tast- und Gehörorgan, um einen beträchtlichen Grad verstärkten, fühlte ich meine Lichtlosigkeit nicht mehr so arg. Der Tastsinn ersetzt mir bereits $^3/_4$ meines verlorenen Augenlichtes. Gehe ich z. B. allein spazieren, so kann ich ganz genau bemerken, wenn ein Gegenstand mir im Wege steht. Komme ich auf etwa 2—3 Schritte an denselben heran, so spüre ich eine leichte Luftwelle entgegenkommen. Nähere ich mich einem großen Körper, so wird mein Schritt dumpf und die Luftwelle stärker.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gehe ich auf der Straße, so ist es nicht notwendig, daß mich etwa meine Begleitung beim Übersetzen der Straße auf Stufen des Fußsteiges aufmerksam macht. Ich habe bereits bemerkt, daß die Straße, bevor sie noch an den Fußsteig grenzt, stets etwas gewölbt ist, und diese Wölbung macht mich auf die kommende Stufe aufmerksam. Menschen, mit denen ich schon öfters verkehrt habe, erkenne ich an ihrer Körpergröße und an ihren Händen. Ihren Gesichtsausdruck oder ihr Aussehen beurteile ich nach ihrer Aussprache, doch habe ich mich dabei schon mehrmals getäuscht. Auch durch das Benehmen der Menschen habe ich mir schon mehrmals ein Bild von ihnen gemacht, welches sich öfter als richtig erwies. Mein Gemütszustand besserte sich auch durch das Erlernen der Blinden- und Maschinschrift, des Musizierens und Bürstenbindens von Tag zu Tag.

Ich glaube nicht, daß sich meine erhaltenen Sinnesorgane geschärft haben, doch sind sie besser geübt durch den jetzigen Gebrauch. Die Höreindrücke haben sich mir verschärft. Wenn ein Auto kommt, so halte ich es immer für viel näher, als es ist, weil ich das Geräusch noch von früher her zu schätzen gewohnt bin. Die Tageszeit und Tagesstunde spüre ich. In meinen Träumen sehe ich."

Dieser Blinde gibt einerseits ausdrücklich an, daß sich sein Tast- und Gehörsinn beträchtlich verstärkt haben, der Tastsinn in so hohem Grade, daß er ihm die Hälfte des verlorenen Tageslichtes ersetzt. Es wird aber keinerlei Tatsache angeführt, die darauf hindeutet, daß seine erhaltenen Sinnesorgane jetzt Leistungen vollführen, deren sie früher nicht fähig gewesen wären, und so erfolgt auch die ausdrückliche Angabe, daß er nicht etwa meint, daß sich sein Tast- und Gehörorgan etwa verfeinert haben. Sie werden jetzt nur zu Leistungen herangezogen, die, solange das Augenlicht vorhanden war, überhaupt nicht in Betracht kamen. Man kann hier nach der Beschreibung, die der Kranke gibt, mit Sicherheit sagen, daß in quantitativem Sinne die fehlenden Lichteindrücke dadurch ersetzt wurden, daß psychologisch bis dahin nicht verarbeitete Eindrücke im Bereiche des Tast- und Gehörorganes verwertet werden. Diese Mehrarbeit führt ja auch zum sogenannten „Fernsinn" der Blinden. Während aber das Tastorgan ohne weiteres in der Lage ist, diese Mehrarbeit zu leisten (siehe die interessanten Beobachtungen, die der Kranke bezüglich des Vorfühlens von Stufen und Mauern macht), ist das Gehörorgan den erneuten psychologischen Anforderungen nicht ohne weiteres gewachsen. Man kann nun in beiden Tatsachen vom psychologischen Standpunkt aus auch eine wirkliche Verfeinerung, d. h. eine qualitative Aufwärtsentwicklung des Hör- und Tastorganes erblicken. Besonders prägt sich das im Bereiche des Gehörorganes aus: Im Sinne der verfeinerten Funktion des Apparates hat derselbe Eindruck eine Verstärkung erfahren. Und gerade daraus erwächst dem Erblindeten in erster Zeit ein Nachteil. Gibt er doch selber an, daß ihm Fehlschlüsse unterlaufen sind. Das Autogeräusch hört er stärker als vor der Erblindung. Er hält es infolgedessen für näher, als es wirklich ist. Im Verlaufe von einigen Monaten hat sich auch hierin der Zustand des Erblindeten gebessert. Die Verfeinerung des Tast- und Gehörorganes ist nun bei ihm psychologisch vollständig verarbeitet, so daß nunmehr diese Sinnesorgane in einem beträchtlichen Grade das Sehorgan vikariierend ersetzen.

Recht interessant ist auch die Angabe dieses Blinden, daß er sich durch die Phantasie Ansichten von Personen und Dingen macht und damit seine Vorstellungs-

Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

welt ergänzt. Wissen wir doch, daß dies für den geistig regen Blinden eine Förderung bedeutet, jedoch bei sonst fehlender geistiger Arbeit durch das Überwiegen des Spieles der freien Phantasie das Gefühlsleben des Blinden sehr ungünstig, eventuell bis zur völligen Entgleisung beeinflußt.

Fall IV. I. Str. „Es war am 30. VI. 1916 .... Ich hörte das furchtbare Krachen eines krepierenden Geschosses und fühlte einen brennenden Schmerz im Gesicht und an verschiedenen anderen Körperstellen. Jammern und Stöhnen verwundeter Kameraden drangen an mein Ohr. Es war plötzlich finstere Nacht geworden. Ich fühlte meine Sinne schwinden. Wie lange ich so gelegen sein mochte, weiß ich nicht — mein Schmerz im Gesicht, an der rechten Schulter, am linken Arm und linken Bein erweckten mich aus meiner Ohnmacht. Unfähig, mich zu erheben, rief ich um Hilfe. Endlich kam ein Leutnant von der M. G. A. Nr. 2, den ich sofort an der Stimme erkannte, und legte mir einen Notverband an. Obgleich es noch Tag war, hatte ich nicht den geringsten Lichtschein ..... So vergingen dunkle und eintönige Tage. Herr Stabsarzt Dr. L a u b e r, der mich behandelte, klärte mich in schonendster Weise über meine Lage auf. Schmerzerfüllt, jedoch zuversichtlich nahm ich seine Ausführungen entgegen. Schritt für Schritt ging es vorwärts; mein Gehör- und Tastsinn machten mich bald mit meiner näheren Umgebung vertraut. Meine Selbständigkeit wuchs von Tag zu Tag und diese söhnte mich allmählich mit meinem traurigen Lose aus. Personen, mit denen ich verkehre, erkenne ich an ihren Kleidern, Schritten, Händen und nach ihren Stimmen. Vier Monate nach meiner Verwundung besuchte mich meine Mutter. Sie erfuhr erst jetzt, daß ich erblindet sei. In ihrem Schmerze zeigte ich mich ruhig, vermochte sie sogar zu trösten und ihr meine Lage als eine nicht ungünstige darzustellen ..... Langsam und allmählich begann sich mein lichtloses Ich innerlich und äußerlich umzugestalten. Das Auge hatte mich früher auf die meinem Körper von außen drohenden Gefahren aufmerksam gemacht. Die übrigen Sinnesorgane kamen bei meinem Schutz nur in zweiter Linie in Betracht. Seit meiner Erblindung ist die Sache mit einem Schlage anders geworden. Das Gehör hat sich verschärft, das Tastgefühl unglaublich verfeinert. Geruch- und Geschmacksinn haben sich gehoben und mein Gemüt wurde empfindlich wie eine Membran. Über äußere Schwierigkeiten halfen mir Gehör und Tastsinn hinweg, für innere Gefahren und Schwierigkeiten ist mein empfindliches Gemüt stets auf der Wache. Gehör, Tastgefühl und Orientierungssinn geben mir die Möglichkeiten, mich in der näheren und bald auch in der weiteren Umgebung zurechtzufinden. Die verschiedensten Gegenstände dienten mir hiebei als Richtschnur. Bin ich in einem Zimmer, wo sich eine Wanduhr befindet, so bildet sie mir einen Wegweiser. Ihr Tick-Tack sagt mir, wo vorne oder hinten, links oder rechts ist. Die Wohnungseinrichtungsgegenstände, die ich abtaste, zeigen mir den Weg. Im Freien richte ich mich nach dem Lauf der Wege, nach kleinen Bodenerhebungen und Senkungen, nach Hindernissen, die knapp an diesen liegen. Auf unvorbereitete Hindernisse, die sich mir in den Weg stellen, machen mich der dumpf werdende Schall des Schrittes und die leicht zurückgeworfenen Luftwellen aufmerksam. Erhebungen und Senkungen auf Straßen und Gehsteigen fühle ich mit den Füßen und mit dem Stock. Auf Wegen, die ich öfters gehe, sagt mir mein Gefühl allein, wo ich mich befinde. Nur selten habe ich mich dabei geirrt. Von Personen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit denen ich öfters verkehre, mache ich mir mit Hilfe ihrer Sprache, ihres Benehmens, ihres Wesens ein Bild. Hiebei bin ich auf Anhaltspunkte und Unterscheidungen gekommen, die höchst interessant zu beobachten sind und einem Sehenden kaum auffallen dürften. Ich glaube, ein Blinder wird viel eher imstande sein, einen Menschen richtig zu beurteilen, als ein Sehender, weil er von dem Äußeren nicht beeinflußt werden kann. Er schöpft sein Urteil nur nach dem Wesentlichen, d. h. nach den inneren Eigenschaften. Der Blinde ist allerdings nicht imstande, mit Hilfe des Bildes, das er sich von einem Menschen gemacht hat, auch das Äußerliche desselben, bzw. sein äußerliches Gebaren zu beurteilen, aber das ist auch für den Blinden Nebensache und kommt gar nicht für ihn in Betracht.

Alle die erwähnten Tatsachen und die Summe all der kleinen oben aufgezählten Anhaltspunkte machen es mir schon heute möglich (2 Jahre nach erfolgter Erblindung), allein in der Stadt herumzugehen, herumzufahren, daheim weite Spaziergänge zu unternehmen und Menschen an der Stimme, beim Befühlen der Hände oder an ihren Kleidern zu erkennen."

Auch dieser Blinde gibt an, daß einige Wochen nach Eintritt der Erblindung Gehör und Tastsinn ihm bis zu einem gewissen Grade den ausgefallenen Gesichtssinn ersetzt haben. Er spricht ausdrücklich von einer Verschärfung des Gehörs, von einer Verfeinerung des Tastsinnes und von einer Hebung des Geruches und Geschmackes. Das gesteigerte Sinnesleben in bezug auf die Mitwirkung der erhaltenen Sinnesorgane prägt sich meines Erachtens auch in den Worten aus: mein Gemüt wurde empfindlich wie eine Membran. Dieser Blinde spricht auch ausdrücklich von der Hilfe, die er von seinem Orientierungssinn erfahren hat. Hierunter ist wohl die sensuelle Mitwirkung von Labyrinth und oberflächlicher und tiefer Sensibilität zu verstehen. Es ist ja sicher, daß nach Wegfall des Auges, d. h. der dritten Komponente für die Erhaltung des Körpergleichgewichtes und für die Körperorientierung im Raume, den beiden übrigen Komponenten, d. h. Labyrinth und Gesamtsensibilität, eine erhöhte Aufgabe zufällt.

Hervorhebenswert ist endlich, daß dieser Kriegsblinde auch noch ausdrücklich auf die Hilfe verweist, die ihm bei der Orientierung im Raume durch Gehörseindrücke zuteil geworden ist. Er vermag sich nach einem Uhrgeräusch im Zimmer zu orientieren; hiebei scheint allerdings Voraussetzung zu sein, daß er sich haptisch bereits früher über den Sitz der Uhr orientiert hat. Unzweifelhaft ist in diesem Falle auch die Verfeinerung der psychologischen Verarbeitung der akustischen Eindrücke, die sich in ihm im Laufe des sprachlichen Verkehres mit Personen seiner Umgebung entwickelt hat. Hat dies doch dazu geführt, daß er meint, als Blinder die Psyche des Menschen richtiger beurteilen zu können, als ein Sehender.

Fall V. A. M., Feuerwerker. „..... Während der Nachschau erfolgte in meiner Nähe eine heftige Explosion, durch welche ich zu Boden geschleudert wurde. Wie lange ich am Boden gelegen bin, weiß ich nicht. Als ich einigermaßen wieder zu mir gekommen war, erinnerte ich mich, einen starken Schlag gegen die Stirne erhalten zu haben. Ich verspürte ein Brummen im Kopfe, faßte mit meiner Hand nach demselben und fühlte viel Blut. Es war mir nun klar, daß ich verwundet war. Ich verspürte eine große Mattigkeit und glaubte, es gehe mit mir zu Ende. Doch auch mein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bevorstehender Tod kam mir eigentlich vollkommen gleichgiltig vor. In einem in meiner Nähe Stöhnenden erkannte ich an der Stimme einen Kameraden. Das riß mich aus meinen niederdrückenden Gedanken. Ich versuchte vom Boden aufzustehen und zu dem Stöhnenden hinzugehen. Ich fühlte jedoch, mich nicht auf den Füßen halten zu können, griff in die Luft und bekam einen festen Gegenstand zu fassen. Kurze Zeit darauf wurde ich bewußtlos. Als ich wieder zu Bewußtsein kam, merkte ich, daß Kopf und Gesicht verbunden waren..... Einige Wochen beschäftigte mich hauptsächlich die Hoffnung, das Sehvermögen wenigstens in geringem Grade wiederzuerlangen. Von verschiedenen Seiten wurde diese Hoffnung genährt..... Es wäre bei weitem besser gewesen, mir sofort die klaren Tatsachen vor Augen zu führen, daß ich blind bleiben müßte, als mich durch unberechtigte Hoffnungen, allerdings unbeabsichtigt, geradezu in einen Marterzustand zu versetzen..... Nach kurzer Zeit bin ich leider zur Überzeugung gelangt, wie unvorsichtig ich gewesen bin, mein Augenmerk nur der Erhaltung meines Augenlichtes zugewendet und meinen anderen Verwundungen wenig Interesse geschenkt zu haben. In dem durch die Verwundung in seiner Hörschärfe stark geschwächten linken Ohr trat eine Entzündung auf, durch die ich das Gehör auf diesem Ohr fast gänzlich verlor. Wie sehr ich dadurch benachteiligt bin, kann ich erst heute richtig bemessen, wo ich auf die Erhaltung meiner Selbständigkeit angewiesen bin. Der mißliche Umstand, daß ich nicht sofort beurteilen kann, von welcher Richtung ein Geräusch auftritt, beeinträchtigt sehr meine Selbständigkeit. Sehr anstrengend wirkt auf mich auch eine Unterhaltung an einem stärkeren Geräuschen ausgesetzten Ort. Ich bin dann gezwungen, aus nur halbverstandenen Sätzen den Sinn der Rede aufzubauen. Trotzdem hilft mir mein Ohr sehr viel, daneben auch der Tastsinn. Geradeso, wie man den Menschen nach seiner Stimme, nach seinen Geräuschen, Pfeifen, Husten oder nach seinem Ganggeräusch erkennt oder sein Alter halbwegs nach seiner Stimme beurteilen kann (wobei seine im Gespräche zutage tretenden Anschauungen einen Teil beitragen), so erhält man auch eine Meinung über seine Körperform nach einem bloßen Händedruck. Auch Gegenstände vermag ich nach dem Gefühle zu erkennen.

Auf der Straße kommen mir Einzelheiten des Straßenlebens durch das unbewußte Gebaren meines Begleiters zum Ausdruck, wenn ich ihm den Arm gegeben habe. Hat sich mein Gefühl verfeinert und verstärkt, so hat sich andererseits mein Sinnen und Denken abgestumpft, wie ich glaube dadurch, daß ich mich nicht mehr meiner früheren Beschäftigung widmen kann und mit der Erblindung viele alltägliche Betätigungen weggefallen sind."

Bei diesem Blinden ist die helfende Rolle, die das Gehörorgan spielt, indirekt dadurch gekennzeichnet, daß er es als besonderes Unglück empfindet, das Gehör des einen Ohres verloren zu haben. Er gibt ausdrücklich an, sich nun akustisch nicht orientieren zu können. Es ist dies eben durch den Wegfall des einen Ohres gegeben. Auf dem anderen Ohre dagegen hat sich das Sinnesorgan erhalten und im psychischen Sinne verfeinert. Er ist imstande, nach akustischen Einzeleindrücken Menschen zu beurteilen, ja sogar ihr Alter zu erkennen. Eine ganz bedeutende Verfeinerung hat sein Tastgefühl erlangt. Geht er mit einem Begleiter, so kann er Einzelheiten des Straßenlebens aus kleinen motorischen Reaktionen seines Begleiters sinnlich erfassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall VI. F. T., Korporal. „.... Am 23. IX. 3 Uhr früh gerieten wir in einem Sumpf unter Sperrfeuer. Ich versuchte, das Ufer zu erklettern. Plötzlich verspürte ich im Gesicht einen Stich wie von einer Fliege. Es hätte auch ein Baumzweig sein können, der aus dem Wasser gesprungen war und mir über die Augen geschlagen hatte. Ich sah bloß Feuer vor den Augen und fühlte dabei eine warme Nässe im Gesicht. Ich hob die Hand vor mein Gesicht, sah diese aber nicht mehr, sondern fühlte nur, daß eine warme Flüssigkeit stoßartig sich aus dem Kopfe über meine Hand ergoß. Neuerlich betastete ich meine Hand und mein Gesicht und erkannte nun eine Verwundung desselben..... Nach ungefähr einer halben Stunde hatte das Schießen aufgehört. Ich rief um Hilfe. In Kürze kam ein Russe, welcher mir aus dem Sumpfe heraushalf und mir einen Verband anlegte. Noch im Sumpfe stehend, kam mir der Gedanke: O weh! du hast dein Augenlicht verloren..... Nach bergiger Fahrt kam ich ans Ziel. Schon in diesen Tagen und auch später orientierte ich mich nur nach dem Gehör. Nach mehrmonatlicher Gefangenschaft kam ich als Austauschinvalide in meine Heimat und zur Schulung ins Blindeninstitut. Dort lernte ich Korbflechterei und Musik. Den Abgang des Augenlichtes suchte ich durch Gehör- und Tastsinn zu ersetzen und ich merke auch, daß beide Organe einen Teil des Augenlichtes ersetzen. Bald konnte ich mich auch selbständig im Freien bewegen. Gehe ich allein, so verraten mir das Dumpfwerden des Schrittes und eine stärkere Luftwelle, daß ein Gegenstand im Wege steht. Hiedurch kann ich auch die Größe eines solchen Körpers erkennen. Die Menschen erkenne ich nach ihrer Stimme, den Charakter durch ihr Gespräch. Bei Unebenheiten des Bodens trete ich tastend mit Stock und Füßen vorwärts. Trübes Wetter wirkt drückend auf mein Gemüt, gutes versetzt mich in frische Stimmung.....“

Dieser Kriegsblinde spricht nicht von einer Verfeinerung seiner erhaltenen Sinnesapparate. Er hat nur die Beobachtung gemacht, daß er nach Ausfall seines Sehorganes sich mit Hilfe des Hörorganes im Raume orientieren konnte, d. h. im wesentlichen nach akustischen Reizen in seiner Umgebung.

Erst im Blindeninstitut verlegte er sich darauf, den Ausfall des Sehorganes durch Heranziehen des Gehör- und Tastsinnes zu ersetzen. Es handelt sich hier offenbar um ein wenig intelligentes Individuum, bei welchem die vikariierende Hilfe der erhaltenen Sinnesapparate, die sich bei den übrigen Blinden von selbst, in einzelnen Fällen sogar in direktem zeitlichen Anschluß an die Erblindung einstellte, erst auf dem Wege von Unterricht und verhältnismäßig spät (nachdem man im Blindeninstitute seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet hatte) eingetreten ist.

Fall VII. L. Ö. (Bericht 3 Jahre nach erfolgter Erblindung.) „.... Es dauert wohl einige Monate, bis der Tastsinn und das Ohr fähig sind, das verlorene Auge zum Teile zu ersetzen. Die hauptsächlichen Erkennungszeichen werden dann die Stimme und das für jeden Menschen charakteristische Ganggeräusch sein. Durch Betasten gewinnt man ein Urteil über die Körpergröße des Menschen, über die Form der Hände, Haarwuchs und Kleidung. Die Unterscheidung von Männer- und Frauenstimmen gelingt bald, schwieriger ist die Unterscheidung von Frauen- und Kinderstimmen. Aus der Stimme einzelner Menschen (aber nicht aller), mit denen ich öfters verkehre, mache ich mir ein Bild ihres Gesichtsausdruckes. Dieses Trugbild male ich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir so aus, wie den Gesichtsausdruck einer mir von früher bekannten Person, deren Stimme ähnlich klang. Besonders schöne Bilder male ich mir aus von Personen, die eine ruhige, helle, weiche Stimme haben, sie verkörpern mir auch immer Ideale von Mitgefühl und Gutherzigkeit."

Er beschreibt dann die Freude, die für ihn aus allen unternommenen Gängen entspringt. In psychischer Beziehung ist das Gefühl der Unabhängigkeit des Blinden von der Güte und Hilfe anderer Personen sehr wertvoll. „.... Nur bei vollkommener Ruhe vermag man sich auf das Ohr zu verlassen und bei vorsichtigem Gehen ist es sogar möglich, das Herannahen eines starken Baumes oder einer Säule wahrzunehmen. Es ist dann auch leicht, in gleichem Abstand an einer Mauer oder einer Wand entlang zu gehen. Der Widerhall des Trittes hat eine bestimmte Tonhöhe. Diese nimmt zu, wenn man sich der Mauer oder der Wand nähert, und in kurzer Zeit lernt man, sich auf dieses Geräusch zu verlassen. Sehr gut kann man sich von dem Letztbeschriebenen überzeugen, wenn man in einem schmalen Gang auf die dritte Wand in kurzen raschen Schritten zugeht. Je näher man kommt, desto höher klingt jeder Tritt oder, wenn der Ausdruck „höher" falsch sein sollte, die Tritte werden um so dumpfer, je weiter man sich von der Wand entfernt. Vielleicht hat auch der unmerklich rascher zum Ohre kommende Widerhall näher der Wand auf das Ohr einen größeren Einfluß. Gehe ich einer Wand entlang, so kann ich heute wahrnehmen, daß die Tritte dumpfer und im Hören unklarer werden, wenn ich mich von der Wand wegbewege. Im Straßenlärm geht mir die Hilfe, die mir das Ohr bei der Orientierung bietet, verloren. Es wird durch den Stock vertreten, mit dem ich mich an den Häusern oder am Rande des Trottoirs weitertaste. In der ersten Zeit der Erblindung geht man natürlich sehr furchtsam und unbeholfen, stößt oft an Mauervorsprünge, Kandelaber oder Treppen, doch jeder Blinde, der sich draußen bewegt, findet allmählich kleine Vorteile, um diesen Hindernissen auszuweichen. Am besten gehe ich so, daß die Mauer links von mir liegt, den Stock halte ich in der rechten Hand halblinks vor mich hin, so daß die Spitze einige Zentimeter über dem Boden an der Häusermauer weitergleitet. In dieser Stellung zeigt der Stock fast jedes kleinste Hindernis an, so daß man bei nicht allzuraschem Gehen gut auszuweichen vermag. Beim Besteigen der Elektrischen kann der Blinde durch den Lärm, den das Bremsen verursacht (d. h. somit durch das Ohr) ganz gut abschätzen, wie weit der Wagen vorfährt. Sodann geht man den Wagen entlang, bis man die zum Aufsteigen nötige Stange erfaßt hat. Beim Übersetzen größerer Straßen und Plätze ist man bei regem Verkehr auf die Hilfe der Passanten angewiesen."

Dieser letzte Bericht zeigt die Vorteile und Mängel, die sich bei einem sich selbst überlassenen, allerdings energischen Blinden im Laufe der Zeit einstellen. Es ist unzweifelhaft, daß er einen hohen Grad von Selbständigkeit erreicht hat und, soweit dies bei einem Blinden überhaupt möglich ist, fremder Hilfe entraten kann. Recht interessant ist bei ihm, daß er der vikariierenden Hilfe des Gehörorganes eine höhere Bedeutung zuschreibt, als der des Tastsinnes. Er neigt aber, wie alle Blinden, dazu, Gehörseindrücke rein sinnlich aufzunehmen und in einer ihm angenehmen Weise, eventuell auch phantastisch weiter zu verarbeiten. Dies wird besonders illustriert durch die Mitteilungen, die L. Ö. bezüglich des Erkennens von Personen nach der Stimme macht. Jedenfalls handelt es sich hier um einen sehr intelligenten und musikalisch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

veranlagten Blinden. So ist es zu erklären, daß er ganz selbständig dazu gelangt ist, die Verschiedenheiten der Gehörseindrücke experimentell zu studieren. Er war schließlich imstande, aus diesen Experimenten (Gehen in langen Gängen, Gehen mit senkrechter Annäherung an Mauern, Gehen auf der Straße, Mauern entlang mit experimenteller Entfernung von derselben) wertvolle Hilfen zu erlangen, die ihn befähigen, sich auf der Straße allein zu bewegen. Ausgenommen ist davon nur das Überqueren breiter Straßen oder großer Plätze in regem Straßenverkehr.

Zusammenfassung.

Aus den Berichten geht hervor, daß diese Kriegsblinden ein Sinnesvikariat zugeben. Auch aus den Aufzeichnungen der Kriegsblinden, in welchen in direkter Form von einem Sinnesvikariat nicht gesprochen wird, läßt sich aus den sonstigen Angaben entnehmen, daß der Gehör- und Tastsinn bis zu einem gewissen Grade für den verlorenen Gesichtssinn eintreten kann. Was die Zeit betrifft, die für das vikariierende Eintreten der intakten Sinnesorgane nötig ist, so finden wir in den ersten beiden Fällen die direkte Angabe, daß sich das vom Blinden subjektiv empfundene Sinnesvikariat zeitlich bereits unmittelbar nach erfolgter Erblindung bemerkbar gemacht hat. Zur Beantwortung dieser Frage in den anderen Fällen ist es nötig, sich vor Augen zu halten, daß das Eintreten des Sinnesvikariates in diesen Fällen abhängig ist 1. von der Situation, in der sich der Verwundete im Augenblick seiner Verwundung befindet, 2. von der psychischen Reaktion, welche durch die Erkenntnis der Erblindung ausgelöst wird. Denn es ist klar, daß sich bei einem Menschen, der, in einem Sumpfe steckend (Fall VI), plötzlich das Augenlicht verliert, das Eintreten der übrigen intakten Sinnesorgane, auch wenn es noch so prompt erfolgt, nicht deutlich manifestieren kann, und es ist weiter klar, daß ein Mensch, der mit einem ausgesprochenen seelischen Zusammenbruch auf die Erkenntnis seiner Blindheit reagiert (Fall III), nicht die genügende Energie haben wird, irgend welche Kompensationen für seinen Defekt aufzubieten. Wenn man aber von diesen Fällen sowie von den Fällen absieht, in denen die Verwundung von einer Bewußtlosigkeit gefolgt war, so wird man wohl annehmen dürfen, daß das subjektive Sinnesvikariat bei den Kriegsblinden sofort nach der Verletzung eintritt, daß man es hier gewissermaßen mit einem Reflexvorgang zu tun hat, der dem Verletzten bald bewußt (Fall I), bald unbewußt (Fall II) verläuft und der als rein psychologischer Vorgang in dem Selbsterhaltungstriebe des Menschen seinen wichtigsten auslösenden Faktor findet. Je intelligenter und energischer nun der Blinde ist, desto rascher wird ihm die Hilfe, die ihm von den intakten Sinnesapparaten geleistet wird, bemerkbar und sie erreicht ohne

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

besondere, darauf abzielende Übungen bald die volle Höhe. Bei nicht intelligenten und apathischen erblindeten Individuen dagegen erreicht diese Hilfe erst auf dem Wege eines darauf abzielenden Unterrichtes ihre volle, mögliche Höhe.

Ein besonderer „Fernsinn" ist bei den Kriegsblinden unserer Zusammenstellung nicht nachweisbar. Nach den Berichten handelt es sich auch nicht um eine objektive „Schärfung" des Hör- und Tastsinnes; die Hilfe, welche die Kriegsblinden von diesen beiden Sinnesapparaten erfahren, ergibt sich vielmehr nur aus dem verbesserten Zusammenarbeiten der intakten Sinnesapparate, der erhöhten Aufmerksamkeit und intensiveren geistigen Verarbeitung, welche die Blinden ihren Hör- und Tasteindrücken widmen.

Literaturverzeichnis: 1. Binder, Vikariieren der Sinne. Artikel in A. Mell, Handb. d. Blindenwesens. Pichler, Wien-Leipzig 1900. S. 824. — 2. Bl. (anon.), Über die Sinnestätigkeit der Blinden. Der Blindenfreund. 1898. — 3. Griesbach H., Vergleichende Untersuchungen über die Sinnesschärfe Blinder und Sehender. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 74. S. 577. 75. S. 365 u. 523. — 4. Heller R., Studien zur Blindenpsychologie. Philosophische Studien, herausgegeben von Wundt. 11. 1895. S. 226. — 5. Krogius Aug., Zur Frage vom sechsten Sinn der Blinden. Zschr. f. exper. Pädagogik. 5. H. 1/2. — 6. Kunz M., Zur Blindenphysiologie (das Sinnenvikariat). W. m. W. Jg. 52. 1902. Nr. 21—25. — 7. Derselbe, Das „Ferngefühl" als Hautsinn unter Berücksichtigung neuer Versuche. Intern. Arch. f. Schulhyg. 6. H. 3. 1910. — 8. Derselbe, Das Orientierungsvermögen und das sogenannte Ferngefühl der Blinden und Taubblinden. Leipzig. Engelmann. 1907. Intern. Arch. f. Schulhyg. 4. H. 1. — 9. Derselbe, Neue Versuche über das Orientierungsvermögen und das Ferngefühl Blinder, Taubblinder und Sehender. Beilage zum Jubiläumsbuch der Blindenanstalt Illzach-Mühlhausen im Elsaß. S.-A. a. d. Zschr. f. exper. Pädagogik. — 10. Derselbe, Nochmals das „Ferngefühl" (Fernempfindung) als Hautsinn. Zschr. f. exper. Pädagogik. 9. H. 1/2. — 11. Derselbe, Weitere Versuche über Orientierungsvermögen und Ferngefühl der Blinden und Taubblinden. Intern. Arch. f. Schulhyg. 5. H. 1. — 12. Derselbe, Weiteres zur Frage vom sechsten Sinn der Blinden. Zschr. f. exper. Pädagogik. 7. H. 3/4. — 13. Mell A., Handb. d. Blindenwesens. Pichler. Wien-Leipzig 1900. — 14. Truschel L., Der sechste Sinn der Blinden. Zschr. f. exper. Pädagogik. 3. 1907. Leipzig. O. Nemnich. — 15. Derselbe, Nochmals der „sechste Sinn" der Blinden. Zschr. f. exper. Pädagogik. 7. H. 3/4. — 16. Derselbe, Das Problem des sogenannten sechsten Sinnes der Blinden. (Heutiger Stand der Forschungen.) Arch. f. d. ges. Physiol. 14. H. 1 u. 2. — 17. Zech Friedr., Erziehung und Unterricht der Blinden. Danzig. Kafemann. 1913. — 18. Zoth Osk., Griesbachs neue Untersuchungen über die Sinnesschärfe Blinder und Sehender. Blindenfreund. 1899.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Jänner 1919.

(Fortsetzung.)

XIII. O. Beck: **Operativ eröffneter, geheilter Kleinhirnabsceß, Tod an Meningitis.** (Demonstration des Kleinhirns.)

Das Präparat, das ich mir zu demonstrieren erlaube, entstammt jener Pat., die ich in der letzten Sitzung vorgestellt habe, und der Vollkommenheit halber gestatte ich mir, die Krankengeschichte bis zum Exitus nachzutragen.

Bis 18. XII. täglich Verbandwechsel. Am 17. XII. Somnolenz und minimale Sekretion aus dem Absceß.

Nervenbefund (Biach) vom 18. XII.: Rotatorisch horizontaler Nystagmus bei Rechtsblick, kräftiger horizontaler Nystagmus bei Linksblick, Schwäche des linken Rectus internus, der linke Mundfacialis bleibt deutlich zurück, die übrigen Äste des Facialis sind frei. Parese und Ataxie der linken oberen Extremität. B. D. R. rechts gleich links. A. S. R. rechts gleich links, beide mäßig lebhaft. Babinski links sehr ausgesprochen, rechts angedeutet, keine Hauthyperästhesie, keine Sensibilitätsstörung, Somnolenz, Puls 96.

Täglich Verbandwechsel: Eingehen mit der Kornzange in die Abscehöhle mit nachfolgender Drainage der Höhle. Bei Nachlassen der Sekretion Drainage mit Jodoformdocht.

4. I. 1919. Pat. klagt über starke Schmerzen im Ohr, keine Kopfschmerzen.

6. I. Kein spontaner Nystagmus, Oppenheim und Babinski angedeutet. Kein Kernig. Augenmuskel frei. P. S. R. und A. S. R. links stärker als rechts. Linkes Gaumensegel bleibt bei der Innervation etwas zurück.

6. I. Absceßhöhle auch beim Eingehen mit der Kornzange ohne Eiter. Schläfelappen prolabiert. Vom Mittelohr minimale Sekretion. Komplette Taubheit.

Kein spontaner Nystagmus. Links kalorische Reaktion prompt auszulösen, rascher als bei den früheren Untersuchungen.

9. I. Die Pat. hat im Laufe der Nacht 3mal erbrochen.

Seit 8 Tagen Hustenreiz. Auswurf einiger Eßlöffel voll stinkenden Eiters vermischt mit Blut.

9. I. Interner Befund (Dr. Förster): Verdichtungserscheinungen über dem ganzen linken Unterlappen ohne Herdsymptome (diffuse Dämpfung, Bronchialatmen). Durchgebrochener Lungenabsceß im linken Unterlappen.

Neurologischer Befund: Leichte Reflexsteigerung links. Babinski und Oppenheim links deutlich, rechts nicht auszulösen. Komplette Facialparese links in allen drei Ästen.

12. I. Es tritt Bewußtlosigkeit auf, aus der die Kranke nicht mehr erwacht.

13. I. 12 Uhr mittags Exitus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Obduktionsbefund (Prof. Erdheim) vom 14. I. 9 Uhr früh: Organisierte Thrombose mit völliger Obliteration des Lumens im Bereiche des ganzen Sinus sigmoideus, in den Sinus transversus in Form einer organisierten Parietalthrombose auslaufend. Radikaloperation am linken Felsenbein (2. XII. 1918) mit Incision der Dura und des Schläfelappens und sekundärem kleinen Hirnprolaps daselbst.

An der Hinterfläche des Felsenbeines die Dura incidiert und ebenda das Kleinhirn bindegewebig an die Dura adhärent. (Eröffnung eines Kleinhirnabscesses am 11. XII. 1918) mit nachfolgender Drainage.) Das Hirn uneingeschnitten in Formol vorgehärtet. Eitrige, frische Meningitis ausschließlich an der Basis mit reichlicher Exsudatmenge. Die Windungen nicht abgeplattet, die Tabula interna nicht usuriert. Vena jugularis interna am Halse frei. Partielle Anwachsung beider Unterlappen mit alten, in Heilung begriffenen Abscessen (Grippe November 1918). Frische Lobulärpneumonie in beiden Unterlappen mit frischer, beginnender, fibrinöser Pleuritis. Linksseitige Cystopyelonephritis, parenchymatöse Degeneration von Leber, Herz und Niere. Subakuter Milztumor. Lumbalpunktat 11. XII. 1918: In allen drei Portionen klar, keine Eiterzellen, keine Mikroorganismen.

Nach Härtung in Formol wird das Kleinhirn in eine größere Anzahl sagittaler, dünner Scheiben zerlegt und die Betrachtung der Schnittflächen ergibt Folgendes: Da, wo einige Kleinhirnanteile der linken Kleinhirnhemisphäre bei der Hirnherausnahme haften geblieben sind, beginnt eine hämatogen braun pigmentierte Narbe, die auf eine Länge von $2^1/_2$ *cm* sich in die linke Kleinhirnhemisphäre hinein erstreckt, die bloß 1—2 *mm* dick ist, ganz winzige, gelblichweiße Einschlüsse enthält und genau an der oberen Grenze des weißen Marklagers hinzieht. Bloß in einem der Lappen sieht man die Narbe sich auch in den Markstrahl hineinbegeben, diesen ganz ersetzend, und dieser Lappen ist beträchtlich verkleinert, seine Rinde stark verschmälert und viel lichter grau als sonst im Kleinhirn. An einzelnen Schnittflächen liegt die genannte Narbe zum Teil auch im Subarachnoidalraum und das Rindengrau der anstoßenden Windungen ist fest mit dieser Narbe vereinigt. Auf mehreren Schnittflächen, die frontal durch die Incisionsstelle des linken Schläfelappens geführt sind, sieht man einen kleinen Prolaps, in dessen Bereich die Rinde ganz fehlt und die vorgefallene Marksubstanz nekrotisch ist. Von diesem Prolaps ausgehend, läßt sich eine von den drei Incisionen in die Hirnsubstanz hinein verfolgen in Form einer überaus feinen linearen pigmentierten Narbe in Rinde und Mark. Von den zwei anderen Incisionswunden ist nichts nachweisbar. Sie dürften in demjenigen Teil des Hirns gelegen sein, der nachträglich in Form des Prolapses zugrunde gegangen ist.

Man sieht also an diesem Präparat, mit wie geringem Verlust von Hirnsubstanz Abscesse ausheilen können. Der Unterschied der Narbenbildung nach einer Incision in ein normales Gehirn und der Narbenbildung nach Ausheilung des Abscesses ist ebenfalls an diesem Gehirn deutlich zu sehen, da ungefähr gleichzeitig mit der Eröffnung des Kleinhirnabscesses wegen Verdacht auf Absceß im Schläfelappen in diesen Incisionen gemacht wurden.

Sowohl von der Kleinhirnnarbe als auch von den Narben nach Incisionen in den Schläfelappen wurden Hirnstücke zur histologischen Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

suchung entnommen und ich werde mir gestatten, in einer der nächsten Sitzungen die histologischen Präparate zu demonstrieren.

Die Obduktion hat auch die Ätiologie des Kleinhirnabscesses geklärt. Das statische Labyrinth war ja bis ad exitum immer kalorisch erregbar. Die klinisch zur Zeit der Spitalsaufnahme nicht mehr feststellbare Sinusthrombose (Obliteration des Sinus sigmoideus und organisierte Parietalthrombose im Sinus transversus) war die Ätiologie des Abscesses.

XIV. Ruttin: **Zur Entstehung der Kompressionsthrombose.**

N. B., 14jähriges Mädchen. Sie wurde vom Kollegen Leipen behandelt, und zwar 3mal parazentesiert. Er hielt den Fall für eine akute Otitis, trotz der Anamnese, daß das Ohr schon seit Jahren fließe. Auch ich und Kollege Bondy hielten es ebenfalls für eine akute Otitis, da das Trommelfell rot, geschwollen und vorgewölbt und außer der Paracentesenöffnung keine Perforation sichtbar und das Sekret nicht fötid war. Die Pat. fieberte über 38°; der hintere Rand des Warzenfortsatzes war druckempfindlich. So entschloß ich mich zur Operation, die ich am 22. I. 1919 vornahm. Der Operationsbefund war folgender: Typischer Hautschnitt. Abschiebung des Periosts. Aufmeißelung des Warzenfortsatzes. Nach einigen Meißelschlägen quillt von hinten aus der Sinusgegend unter sehr starkem Druck fötider Eiter hervor. Typische Radikaloperation. Dabei zeigt sich im Attic und Antrum ein etwa erbsengroßes Cholesteatom. Amboß nicht auffindbar. Hammer wird entfernt, die Trommelhöhle ausgeräumt. In der Nische des ovalen Fensters ein festhaftender Granulationspfropf, der gelassen wird. Freilegung des Sinus. Dabei wird ein perisinuöser Abceß entleert, der sehr fötiden Eiter in der Menge von etwa einem Kaffeelöffel enthält. Am Sinus zeigt sich nun ein merkwürdiges Bild. Der mittlere Teil des Sinus ist vollständig komprimiert, die laterale (hintere) Sinuskante vorgetrieben. Man sieht deutlich, daß die Kompression von vorn und lateral nach hinten und medial gewirkt, den Sinus komprimiert und seine hintere laterale Kante gegen den Knochen gedrückt hat. Ob diese wurstförmig vorspringende laterale Sinuskante noch etwas bluthältig oder auch nur durchgängig war, ließ sich zunächst nicht entscheiden. Oberhalb der komprimierten Partie und unterhalb derselben ist der Sinus prall gefüllt. Es läßt sich jedoch zunächst nicht entscheiden, ob mit Thromben erfüllt oder bluthältig. Während der Operation füllt sich nun der komprimierte Teil wieder vollständig, so daß keine Niveaudifferenz mehr zwischen diesem Teil und der Kante und beiden Enden besteht. Die Niveaudifferenz war anfänglich wohl fast $^1/_2$ *cm*.

Die ganze äußere Sinuswand ist graurot, oben und unten wird Gesundes erreicht. Plastik. Verband.

Seit der Operation ist die Pat. fieberfrei, der Wundverlauf normal.

Wir haben hier wohl den allerersten Beginn einer Kompressionsthrombose vor uns gehabt, der nur durch die Operation unterbrochen wurde. Der Fall zeigt uns wohl, wie wir uns das Zustandekommen einer Kompressionsthrombose zu denken haben: Kompression des Sinus durch eine perisinuöse Eiteransammlung bis zum vollständigen Aneinanderliegen der Wände bei offenbar noch intakter Intima und Möglichkeit des Wiedereinströmens des Blutes bei aufgehobener Ursache der Kompression. Stauung des Blutes ober- und unterhalb der komprimierten Partie, Thrombose an diesen beiden Stellen durch Übergreifen der Wanderkrankung.

Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Schließlich Verklebung der beiden Sinuswände im komprimierten Stück nach Zugrundegehen des Intimaendothels. Da in unserem Fall die Kompression nicht wie gewöhnlich nur von lateral nach medial wirkte, sondern in der beschriebenen Weise, so blieb vielleicht an der Kante ein schmalster Streifen stehen, der infolge seiner größeren Rigidität sofort nach Aufhören des Druckes wieder klaffte und auch die übrigen Wandteile mitzog, so daß das Blut bald wieder einströmen konnte. Kramm und Passow haben bekanntlich die ersten Fälle von Kompressionsthrombose mitgeteilt. Dann habe ich Ihnen hier Fälle gezeigt und später Bondy und E. Urbantschitsch.

XV. Benesi: **Labyrinthitis nach Ablauf einer akuten, genuinen, nicht eitrigen Otitis media.**

Die 45jährige Pat. erkrankte im Verlaufe einer akuten Rhinitis an beiderseitigen Ohrenschmerzen, hochgradiger Schwerhörigkeit mit Fieber bis 38°.

Die otoskopische Untersuchung ergab beiderseits diffuse Rötung der Trommelfelle mit mäßiger Vorwölbung. Funktionell alle Zeichen der Erkrankung des schalleitenden Apparates ($v = -1\ m$ beiderseits) ohne Mitbeteiligung des statischen Apparates, der sich vollkommen normal zeigte.

Unter konservativer Behandlung (Karbolglyzerineinlagen, Thermophor, Aspirin) waren die lokalen Symptome (Schmerzen, Fieber, Rötung des Trommelfelles) in den nächsten vier Tagen abgeklungen. Wegen der noch bestehenden Schwerhörigkeit ($V = 2\ m$) wurde am 6. Tage mit Lufteinblasungen nach Politzer begonnen, die jedesmal eine Hörverbesserung erzielten; am folgenden Tag war wieder eine Hörverschlechterung eingetreten, die jedoch jedesmal einen geringeren Grad zeigte wie tags vorher, so daß nach 10 Tagen seit Beginn der Erkrankung das Hörvermögen für Fl.-Spr. 4 *m* war.

Am 11. Tage wurde ich zur Pat., die bis dahin ambulatorisch behandelt wurde, gerufen, da sie wegen heftigen Schwindels das Bett nicht verlassen konnte.

Pat. lag auf der rechten Seite und vermied es ängstlich, sich zu bewegen. Sie erzählte, daß sie abends vorher einen plötzlichen Drehschwindel bekommen hätte (die Gegenstände drehten sich von links nach rechts), so daß sie sich sofort niederlegen mußte und, nur auf der rechten Seite liegend, sich halbwegs erträglich fühle, dabei höre sie auf dem linken Ohre gar nichts.

Die otoskopische Untersuchung ergab wie am vorhergehenden Tag ein glanzloses Trommelfell ohne Zeichen einer Entzündung. $v = 0$; Spontannystagmus III. Grades zur rechten Seite. Ausspritzung mit heißem Wasser hatte keinen Erfolg. Es bestand kein Fieber (unter 37,5°).

Pat. erhielt Aspirin, lokal Dunstumschläge. In den nächsten drei Tagen nahmen die subjektiven Symptome an Intensität ab; der Spontannystagmus war am 4. Tag bei extremer Blickrichtung nach rechts noch auslösbar; am folgenden Tag war Spontannystagmus nach beiden Seiten, nur das Hörvermögen war auf $v = 3\ m$ gestiegen.

Die am 10. Tage vorgenommene Untersuchung ergab normales Verhalten für Drehung und kalorische Reize, Hörvermögen normal.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Interessante des Falles liegt darin, daß die Labyrinthsymptome nach Abklingen der akuten Otitis aufgetreten sind; er hat eine gewisse Ähnlichkeit mit einem von Ruttin hier vorgestellten Fall, bei dem während des serösen Stadiums der akuten Otitis eine seröse Labyrinthitis aufgetreten war; der Unterschied liegt aber darin, daß in meinem Falle die entzündlichen Erscheinungen vollkommen geschwunden waren.

Als Entstehungsursache glaube ich eine durch Hyperämie verursachte seröse Vermehrung der Endolymphe verantwortlich machen zu müssen, die in den von Politzer beschriebenen Gefäßanastomosen zwischen Mittelohr und Labyrinth ihre anatomische Grundlage hat.

An erhöhten Druck auf die Labyrinthfenster infolge Sekretstauung im Mittelohr — im Sinne der Blauschen Experimente bei Tieren — glaube ich nach dem ganzen Verlauf des Falles nicht denken zu müssen.

Ebenso wenig kommen mit Rücksicht auf den benignen Verlauf der Otitis toxische Reize oder der von Mayer beschriebene hämatogene Weg in Frage.

Schließlich möchte ich noch auf den ganz typischen Verlauf der Labyrinthitis mit ihrem Endausgang zur Noxe hinweisen, der ein Schulbeispiel im Sinne der von Alexander aufgestellten Definition der serösen Labyrinthitis darstellt.

XVI. Bondy: **Sinusphlebitis bei doppelseitiger akuter Otitis.**

Das 12jährige Kind erkrankte im Anschluß an Grippe an beiderseitiger Otitis. Spontaner Durchbruch nach 2 Tagen. Am 9. Tage zwei Schüttelfröste mit über 40° Temperatur. Am folgenden Tage Spitalsaufnahme. Beiderseits zeigte sich das typische Bild einer unkomplizierten akuten Otitis. Keine Senkung, keine Veränderungen am Warzenfortsatz. Da die Schüttelfröste fortdauerten, mußte ich mich, trotzdem auch weiterhin der Ohrbefund absolut keinen Anhaltspunkt für eine Lokalisation der Sinusaffektion bot, zur Operation entschließen. Mit Rücksicht auf die Angabe des Arztes, der vorher behandelt hatte, daß am Tage vor der Spitalsaufnahme am rechten Warzenfortsatz eine leichte Schwellung bestanden habe, operierte ich rechts, in der Absicht, falls der Sinus hier normal sein würde, auch den linken freizulegen. Der Knochen fand sich bis auf wenig Eiter in den Zellen der Spitze intakt, die freigelegte Sinuswand verdickt, eine Probeincision nahe dem Bulbus ergab einen obturierenden Thrombus, der, wie sich dann zeigte, nach abwärts bis unter den Abgang der V. thyreoidea reichte, nach oben bis über das obere Knie. Die breite Schlitzung des Sinus ergab flüssigen Eiter. Der weitere Verlauf war vollständig glatt, die Temperatur bereits am folgenden Tage normal, so daß auch eine Durchspülung des Bulbus unterbleiben konnte.

XVII. O. Beck: **Freilegung der Carotis interna am Knie bei Radikaloperation. Meningitis.** (Demonstration des Felsenbeines.)

F. S., 40 Jahre, Spinnmeister, war angeblich immer gesund bis auf Ohrenfluß, der seit vielen Jahren bestand. Seit Mai 1918 auffallende Verschlechterung des Gehörs auf der rechten Seite und seit dieser Zeit ist der Ausfluß sehr stark. Seit 4 Wochen bestehen sehr starke Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Ohr. Seit 3 Tagen sind die Schmerzen derart heftig, daß der Kranke nicht schlafen kann und während der Nacht vor Schmerzen im Zimmer herumläuft. Aufnahme am 31. XII. abends.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund vom 1. I. 1919: R. O.: Äußerst fötide, mißfarbige Sekretion, die sehr reichlich ist. Cholesteatom im Attic und Antrum, Caries der lateralen Attic- und Antrumwand. An der Labyrinthwand mißfarbige Granulationen. Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand im inneren Anteil. Warzenfortsatz druckempfindlich, besonders in Antrumhöhe. Pat. bringt einen kleinen Knochensequester mit, der mit dem Eiter aus dem rechten Ohr herausgekommen ist. Dieser Sequester könnte der Atticwand entsprechen. Gehör rechts 15 *cm* Konv.-Spr., Fl.-Spr. a. c., Weber nach rechts, Rinne negativ, Knochenleitung nicht wesentlich verlängert. C_1 wird nicht gehört, c^4 wird gehört. Kein Schwindel, kein spontaner Nystagmus. Kein Nystagmus bei Kopfbewegung, kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion auslösbar, Zeigeversuch typisch. L. O.: normal.

Operation (Beck) am 2. I. 1919: Totalaufmeißelung. Im Warzenfortsatz teils größere Zellen, deren Knochen mißfarbig ist, zum Teil finden sich mehrere freibewegliche Sequester. Einer dieser Sequester umfaßt den innersten Teil der hinteren knöchernen Gehörgangswand, die Brücke und den Facialwulst. Nach Entfernung dieses Sequesters liegt der Nerv auf $^1/_2$ *cm* frei, der laterale Bogengang ist rauh, facettiert. An zwei Stellen eine nadelkopfgroße, tief in den Knochen ragende Verfärbung am Bogengang. Bei Druck auf diese ist keine Augenbewegung auszulösen. Entfernung eines größeren, das Tubendach umfassenden Sequesters. Es liegt nun ein Gebilde frei, das nach seinem Aussehen und nach seiner anatomischen Lage nur der auf ca. $^1/_2$ *cm* langen, in ihrer Wand etwas veränderten Carotis interna entsprechen kann, doch fehlt die Pulsation. Auch bei Lageveränderung des Schädels und beim Aufsetzen des Pat. ist keine deutliche Pulsation zu sehen. Panse-Plastik, Verband.

2 Stunden nach der Operation deutliche Facialparese im Augenast.

4 Uhr nachmittags: Klagen über unerträgliche Kopfschmerzen. Der Kranke ist sehr unruhig und will das Bett verlassen. Kernig angedeutet, Nackenschmerzen, kein spontaner Nystagmus, Facialislähmung in allen drei Ästen deutlich ausgebildet. Temperatur 38,9°, Puls 64.

3. I. Alle Zeichen einer Meningitis vorhanden. Kein spontaner Nystagmus, Pat. hört und reagiert. Temperatur 38,9°, Puls 64.

5. I. Exitus.

Obduktionsbefund (Prof. Erdheim): Ausgedehnte Leptomeningitis der Basis und Konvexität. Frische Radikaloperation am rechten Felsenbein mit Freilegung der Carotis am Knie, die Carotis selbst unverändert, ihr Lumen nicht thrombosiert.

Chronische Tuberkulose der Lungen in Form schiefriger Induration und mehreren Knötchen in beiden Oberlappen. Parenchymatöse Degeneration von Leber, Herz und Niere.

Bei diesem Fall bestand eine ausgedehnte tuberkulöse Caries des Warzenfortsatzes und in der Pyramide. Die unerträglichen Kopfschmerzen, über die der Kranke schon vor der Operation klagte, waren offenbar schon ein Zeichen der bestehenden Meningitis. Nach der Ansicht des Obduzenten handelte es sich um eine ältere Meningitis, so daß der Kranke bereits mit dieser auf die Klinik aufgenommen wurde und die Meningitis nicht als postoperative anzusehen ist. Erwähnenswert ist ferner, daß trotz dieser Caries und trotz der Meningitis beide Anteile des Labyrinths bis

Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

kurz vor dem Tod nicht ausgeschaltet waren. Es handelte sich also um keine labyrinthogene Meningitis.

Der von der Tube extrahierte Knochensequester enthielt auch Teile des knöchernen carotischen Kanals, so daß nach seiner Entfernung die Carotis in einer Ausdehnung von ca. $^1/_2$ *cm* frei gelegen ist. Die freigelegte Stelle entsprach der Übergangsstelle des vertikalen Verlaufes in den horizontalen, also jener Gegend, wo bei den bisher beobachteten Fällen von Arrosion der Carotis infolge Caries der Pyramide immer die Stelle der Blutung sich befunden hat. Daß ich während der Operation zweifeln mußte, daß das vorliegende Gebilde der Carotis interna entsprach, obgleich es sich nach dem Aussehen und der anatomischen Lage um nichts anderes handeln konnte als um ein Stück freigelegter Arterienwand der Carotis, hatte seinen Grund darin, daß keine Pulsation nachzuweisen war, die ja bei einem so großen Gefäß wie die Carotis nicht hätte fehlen dürfen. Auch bei Lageveränderung des Schädels und, als ich den Kranken in der Narkose in sitzende Stellung brachte, war an der Carotis keine Pulsation wahrzunehmen.

Bei zwei Fällen, die ich in dieser Gesellschaft demonstriert habe und bei denen ich wegen Caries die Carotis freigelegt habe, ferner bei einem dritten Fall, bei dem ich anläßlich der Entfernung einer Schrapnellfüllkugel vom inneren Gehörgang ebenfalls bis zur Carotis gekommen war, hatte ich auf das Moment der Pulsation nicht geachtet; auch bei anderen Fällen der Literatur, bei denen die Carotis am Knie freigelegt wurde, finden sich keine Aufzeichnungen darüber, ob am Knie der Carotis eine Pulsation zu sehen ist oder nicht. Allerdings darf man nicht übersehen, und das ist ja für die Beurteilung der Frage von Wichtigkeit, daß nur ein Stück von $^1/_2$ *cm* freigelegt wurde und außerdem nur ein Teil der Gefäßwand und nicht das Gefäß in seiner ganzen Circumferenz.

Um sicherzustellen, daß es sich wirklich um die Carotis handelte, habe ich mit einer flachen Sonde von der freigelegten Stelle aus den carotischen Kanal sondiert.

Um der Frage der Pulsation näherzutreten, war Herr Prof. Alexander so liebenswürdig, mit mir eine größere Anzahl seiner Labyrinthschnitte durchzugehen, auf denen auch der carotische Kanal zu sehen war. Es zeigte sich nun bei der Durchsicht dieser Schnitte, daß zwischen dem Gefäß und dem knöchernen Kanal kein größerer, freier Spalt zu finden war. Die Adventitia der Carotis wurde gegen den Kanal zu immer dünner und schütterer und ging in continuitate in das Periost des Kanals über.

Dort, wo die Adventitia schon sehr locker war, lagen verschieden große, venöse Gefäße. Bei einer Anzahl von Präparaten konnte man deutlich sehen, daß die Adventitia losgerissen war, was ja bei der Präparation und bei der Abhebelung des carotischen Kanals mit der Zange selbstverständlich ist. Dort, wo sich also ein größerer, freier Spalt zwischen der Carotis und dem Knochenkanal fand, war dieser als artificiell zu erkennen. Man muß daher mit großer Wahrscheinlichkeit aus den histologischen Befunden schließen, daß am carotischen Kanal und gerade an der in meinem Fall freigelegten Stelle die Pulsation keine besonders kräftige sein kann, und wenn man bedenkt, daß ja nur ein Teil der Carotiswand zu übersehen war und dieser Teil nur in einer Ausdehnung von ca. $^1/_2$ *cm*,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so ist es schon erklärlich, daß keine deutliche Pulsation zu beobachten sein muß.

Ich habe bisher noch keine Gelegenheit gehabt, am Tier diese Frage nachzuprüfen. Ich werde dies aber in nächster Zeit tun.

XVIII. O. Beck: **Spontan geheilte Sinusthrombose mit Obliteration des Sinus lateralis vom oberen Knie bis zum Torcular, ausgebreitete Pachymeningitis der hinteren Schädelgrube.**

Der 32jährige Polier M. R. war angeblich bis vor einem Monat ohrgesund, dann traten im Anschluß an eine Grippe Ohrenschmerzen im rechten Ohr auf, jedoch soll niemals Ohrenfluß bestanden haben. In den letzten 14 Tagen wurden die Kopfschmerzen derart unerträglich, der Kranke machte einen derart schweren Eindruck, daß er von seinem Arzt aus Kärnten nach Wien an die Klinik gewiesen wurde.

Trotz genauer Nachfragen ist von dem Kranken nicht zu erfahren, ob er vor seiner Spitalsaufnahme gefiebert hat. Er gibt aber an, daß er nur zwei Tage, und zwar vor seiner Abreise nach Wien, bettlägerig war, sonst aber immer zum Arzt gegangen ist, da er sich nicht so schwach fühlte, um den Arzt zu sich holen zu lassen.

Befund bei der Aufnahme am 16. I. 1919: Temperatur 37,8°, Puls 72. Pat. macht den Eindruck eines Schwerkranken. Er klagt über unerträgliche Kopfschmerzen, die er speziell links lokalisiert, und zwar bezeichnet er konstant eine besonders schmerzhafte Gegend hinter und ober dem Warzenfortsatz. Rechtes Trommelfell normal. L. O.: Trommelfell diffus gerötet, Details angedeutet. Bei der Paracentese entleert sich kein Eiter, sondern nur ein Tropfen blutig-seröser Flüssigkeit. Die obere Gehörgangswand erscheint etwas aufgelockert und im innersten Anteil leicht gesenkt.

An der Hinterhauptschuppe ca. 2 Querfinger oberhalb des oberen Ohrmuschelrandes ist eine sehr stark druckempfindliche Zone.

R. O.: Konv.-Spr., Fl.-Spr. normal. Weber nach links. Rinne rechts positiv, links negativ. Knochenleitung rechts normal, links verlängert.

Stimmgabeln beiderseits gehört, kein Schwindel, kein spontaner Nystagmus, kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion beiderseits auszulösen. Zeigereaktion typisch.

18. I. 1919: Reichliche, rein eitrige Sekretion vom Gehörgang. Die Schmerzen hinten und oberhalb des Warzenfortsatzes haben nicht nachgelassen. In Antrumhöhe besteht heute deutliche Schmerzhaftigkeit. Deutlich Senkung und Auflockerung der oberen Wand. Temperatur 38°, sehr starke Kopfschmerzen. Konv.-Spr. 15 *cm*, Fl.-Spr. a. c. (mit Lärmapparat).

Nervenbefund (Dr. Förster): normal. Für die unerträglichen Kopfschmerzen neurologisch keine Erklärung.

Augenbefund: Augenhintergrund beiderseits normal.

19. I. Der Kranke hat wegen Kopfschmerzen die ganze Nacht nicht geschlafen. Temperatur 37,8°.

Operation (Beck): Typischer Hautschnitt. Am Warzenfortsatz einige größere, versprengte, mit freiem Eiter erfüllte Zellen. Antrotomie. Die periantralen Zellen erweicht. Aus dem Antrum wenig Eiter. Die eitrig erweichten Zellen, die in scheinbar gesundem Knochen versprengt liegen, reichen bis zum Sinus. Die knöcherne Sinusschale nicht erweicht,

Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

aber an einer Stelle, dem oberen Knie entsprechend, verfärbt. Der Sinus wird von der Bulbusgegend bis zum Torcular freigelegt. Vom oberen Sinusknie mit einer ziemlich scharfen Demarkationslinie beginnend, ist der Sinus ca. 2 *cm* weit torcularwärts mit großen, mißfarbigen Granulationen bedeckt, die zum größten Teil die laterale Sinuswand zu substitutieren scheinen. Die beiderseits an den Sinus angrenzende Dura ist in weitem Umfang ebenfalls mit großen, mißfarbigen Granulationen bedeckt. Diese mächtigen Granulationen werden gegen den Torcular hin allmählich flacher, hernach ist der Sinus durch einen mißfarbigen, schwarz verfärbten Streifen zwischen der veränderten Dura als solcher kenntlich und noch weiter gegen den Torcular zu sind seine Grenzen von der stark pachymeningitischen, veränderten Dura des Kleinhirns nicht mehr zu unterscheiden. Um gesunden Knochen zu erreichen, wird die Hinterhauptschuppe in ca. 3 *cm* im Quadrat abgetragen, so daß die ganze Außenfläche der Kleinhirndura freigelegt wird, ohne daß man noch vollkommen gesunde Dura erreichen kann. Zwischen dem oberen Knie und dem Bulbus werden an 2 Stellen an einer nahe dem Bulbus, an der anderen nahe dem oberen Knie mit einer Pravaz-Spritze Probepunktionen vorgenommen, die ergeben, daß der Sinus in diesem Stück kollabiert und blutleer ist; daher wird von einer Jugularisunterbindung Abstand genommen. Leichte Tamponade mit Jodoformdocht. Situationsnähte. Verband.

Auf Grund dieses Operationsbefundes handelt es sich um eine spontan geheilte Sinusthrombose und die im Mittelohr vorhandenen Erscheinungen, die anfangs als Mucosusotitis imponierten, entsprachen dem Stadium einer abklingenden, akuten Otitis. Während des Bestandes der akuten Otitis muß sich offenbar ein ausgedehnter Extraduralabsceß in der hinteren Schädelgrube entwickelt haben, der nach rückwärts bis zum Torcular und nach vorne bis zum oberen Knie gereicht hat. In der Gegend des oberen Knies hat der Extraduralabsceß entsprechend der vorgefundenen scharfen Demarkationslinie den Sinus komprimiert und bulbuswärts von dieser Demarkationslinie ist daher der Sinus kollabiert. Torcularwärts vom Sinusknie hat sich durch Übergreifen des Eiterprozesses auf die Sinuswand eine Sinusthrombose entwickelt, die mit Obliteration des Gefäßlumens ausgeheilt ist; daher wurde auch von einer Unterbindung der Jugularvene Abstand genommen. Die ganze Außenfläche des Kleinhirns war teils mit großen Granulationen, teils mit pachymeningitischen Membranen überzogen und die Veränderungen sowohl im Sinus als auch an der Dura müssen nach dem Operationsbefund in der Gegend des Knies am stärksten gewesen sein. Zu erwähnen ist noch, daß trotz dieses Befundes keine Veränderungen im Augenhintergrund zu sehen waren.

Im Dezember 1916 habe ich einen analogen Fall operiert und mir in dieser Gesellschaft vorzustellen erlaubt. Es handelte sich ebenfalls um eine spontan geheilte Sinusthrombose, bei der das Sinuslumen vom Bulbus bis zum oberen Knie für eine mittelstarke Sonde durchgängig gewesen ist. Auch bei jenem Fall war die Außenfläche der Kleinhirndura mit dicken Belegen überzogen, allerdings wurde 1 *cm* vor dem Torcular gesunde Dura erreicht. Es waren also die Veränderungen keine so hochgradigen wie bei dem eben demonstrierten Fall. Während dieser Pat. keine Veränderungen am Augenhintergrund zeigt, hat der seinerzeitig demonstrierte eine Erweiterung der Venen im Augenhintergrund gehabt. Die bakteriologische

Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Untersuchung, die eine Mucosuserkrankung hätte erwarten lassen, ergab Streptokokken. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß die in der Anamnese angegebene Grippe in Wirklichkeit das akute Stadium der Sinuserkrankung dargestellt hat.

Diskussion.

Neumann: Wie lange nach der Operation kam der Fall zur Obduktion?

Beck: Zirka 6 Wochen.

Alexander: Es ist hier klassisch zu sehen, mit wie wenig Substanzverlust der Absceß einhergegangen ist.

Neumann: Ich möchte bitten, die Diskussion bis zur Demonstration der histologischen Präparate zu vertagen, weil es nach dem makroskopischen Anblick so aussieht, als ob kein Absceß vorhanden gewesen wäre.

Beck: Diese Bemerkung Neumanns ist sehr wichtig und stichhältig. Wir haben aber ein Vergleichspräparat am Pat. gehabt.

Alexander beantragt eine Statutenrevision. In die Kommission hiefür werden Alexander, Neumann, E. Urbantschitsch, Ruttin und Leidler gewählt.

Bücherbesprechungen.

Die Lumbalpunktion. Technik der Lumbalpunktion. Allgemeine und spezielle Diagnostik des Liquor cerebrospinalis. Therapeutische Anwendung der Lumbalpunktion. Von Dr. Karl Eskuchen (München-Schwabing). Mit einem Vorwort von Prof. Dr. M. Nonne (Hamburg). Mit 21 Abbildungen und 2 farbigen Tafeln. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien. 1919.

Das Quincke gewidmete Buch umfaßt 4 Hauptkapitel, denen noch ein Anhang beigefügt ist. Im 1. Kapitel bringt Verfasser die Indikationsstellung, Technik der Ausführung, Komplikationen, Folgeerscheinungen und Gefahren sowie Juristisches. Es sei gleich vorweggenommen, daß Eskuchen die Indikationsgrenzen sehr weit steckt: „Wer es sich zur Regel macht, bei den geringsten suspekten Symptomen ausnahmslos zu punktieren, der wird sich für die aufgewendete Mühe reichlich belohnt sehen.“ Freilich ist damit nicht das Punktieren allein verstanden, sondern der ganze, ziemlich reichliche Komplex aller chemischen, zytologischen etc. Untersuchungen mitinbegriffen, eine Arbeit, die selbstverständlich Zeit und Mühe kostet, dafür allerdings nach den interessanten Ausführungen des Verfassers äußerst lohnend, ja häufig unerläßlich ist, so daß selber das Unterlassen derselben sogar unter Umständen als Kunstfehler brandmarkt. Chloräthyl zur Anästhesierung zu verwenden, empfiehlt sich nicht. Die Punktion wird am besten mit trocken sterilisierten Kanülen ausgeführt. Aspiration ist mitunter angezeigt, im allgemeinen jedoch nur ausnahmsweise gestattet. Eine völlig beschwerdefreie Lumbalpunktion spricht eher für eine Erkrankung des Zentralnervensystems als gegen eine solche. Größte Vorsicht gebieten in erster Linie Hirntumoren, insbesondere der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hinteren Schädelgrube; hier darf unter keinen Umständen aspiriert werden, ja nicht einmal im Sitzen darf lumbalpunktiert werden (Exitusgefahr!).

Im Kapitel der allgemeinen Diagnostik bespricht Verfasser zunächst das physikalische Verhalten, und zwar Ursprung und Zweck des Liquors, dann Menge und Druck. Bei letzterem kann die Feststellung der Atmungs- und herzpulsatorischen Schwankung von differentialdiagnostischer Bedeutung sein. Nach Besprechung der Methoden der Druckmessung werden Aussehen und Farbe erörtert, dann Xantochromie und Koagulation (Froinsches Syndrom), spezifisches Gewicht usw. Dem zytologischen Verhalten kommt selbstverständlich eine große Bedeutung zu, weshalb es eine eingehende Würdigung erfährt. Von vielfach unterschätzter — oder, besser gesagt, nicht genügend gekannter Wichtigkeit ist aber das chemische Verhalten des Liquors, das in seinen verschiedenen Methoden eingehend besprochen wird. Es möge nur darauf hingewiesen werden, daß es z. B. nicht genügt, das Gesamteiweiß zu bestimmen, sondern daß es auch erforderlich ist, speziell den Globulingehalt nachzuweisen. Sehr interessant ist auch der Nachweis körperfremder Stoffe. So findet sich Alkohol bis zu 24 Stunden nach seiner Aufnahme per os im Liquor vor, so daß also eine Alkoholintoxikation durch die Lumbalpunktion nachzuweisen ist. In gleicher Weise lassen sich Urotropin, Brom, Jod, Chloroform, Arsen usw. nachweisen. Bei Blutbeimengung handelt es sich auch um das Alter der Blutung. Sehr wichtig sind die Kolloidreaktionen (Gold-, Mastix-, Berlinerblaureaktion), mit denen man sich unbedingt vertraut machen müßte. Nach Besprechung der Serologie (Wassermann-Reaktion usw.), der Fermente und der Bakteriologie kommt Verfasser noch auf die postmortale Liquoruntersuchung zu sprechen. Diese ist möglichst bald nach Eintritt des Todes vorzunehmen; sie kann unter Umständen wertvolle Anhaltspunkte für eine zweifelhafte Diagnose liefern, wenn die Punktion zu Lebzeiten versäumt wurde oder eine Obduktion nicht durchgeführt werden kann.

In der speziellen Diagnostik werden zunächst die Erkrankungen der Hirn- und Rückenmarkshäute besprochen. „Die Meningitis als selbständige Krankheit fällt fort; der seröse Charakter kann den Meningitiden der verschiedensten Ätiologie zu eigen sein, auch der infektiösen (z. B. Meningitis tuberculosa)." Die Meningitis infectiosa circumscripta („serosa") wird der universalis gegenübergestellt. Erstere zeigt immer Keimfreiheit und keine Erhöhung des peptolytischen Index. Die letztere wird entsprechend ihrem Erreger unterschieden (epidemica, pneumo-, strepto-, staphylococcica, tuberculosa etc.). Als eigenes Krankheitsbild wird die Meningitis comitans (sympathica) besprochen, wie sie bei Otitis media, Hirnabsceß, Sinusthrombose etc. auftritt. „Der springende Punkt ist die absolute Keimfreiheit des Liquors." Allerdings dürfte in der Mehrzahl der Fälle eine Differentialdiagnose zwischen dieser und der Meningitis circumscripta auf große Schwierigkeiten stoßen. Unter dem Sammelnamen Meningitis serosa traumatica kommen mehrere Krankheitsbilder in Betracht, darunter die Liquorkongestion bei Commotio cerebri. — Den 2. Abschnitt dieses Kapitels bilden die organischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Hier interessieren uns insbesondere das Schädeltrauma, Sinusthrombose, Encephalitis und Hirnabsceß. Bezüglich Sinusthrombose sagt die Untersuchung des Liquors nicht viel. Bezüglich des Hirnabscesses

Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

würde sich empfehlen, auf das relativ häufige Auftreten eines eitrigen, aber sterilen Lumbalpunktats, wovon sich Referent wiederholt überzeugen konnte, besonders hinzuweisen.

Die luetischen Erkrankungen werden in einem besonderen Abschnitt ausführlich behandelt. Das Gleiche gilt von den peripheren Nervenkrankheiten, den allgemeinen Erkrankungen und Intoxikationen.

Für den Praktiker das wichtigste Kapitel ist zweifellos die „therapeutische Anwendung der Lumbalpunktion". Hier werden behandelt: die Lumbalanästhesie, die therapeutische Liquorentnahme, Spülung, Seruminjektion und Injektion von Medikamenten. Bei der Spülung hat sich Verfasser außer der NaCl-Lösung insbesondere Argochrom (Methylenblausilber) bewährt. Von 0,2 in 100 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung wird die eine Hälfte zur Spülung, die andere zur Infusion verwendet. Unter der medikamentösen Behandlung fällt u. a. ein Fall auf, der bei subarachnoidealer Blutung auf lumbale Injektion von mehrmals 10 cm^3 Gelatine zur Heilung kam. In diesem Fall ist besonders bemerkenswert, daß dieses Mittel an diesem Ort so anstandslos vertragen wurde.

Das Buch ist zweifellos eine wertvolle Bereicherung der Literatur. Als besonderes Verdienst muß es dem Autor angerechnet werden, daß er die schwierigen Kapitel so „mundgerecht" gestaltet hat, so daß man die angegebenen Verfahren bei nur einigen Vorkenntnissen nach der Beschreibung praktisch auch wirklich durchführen kann. Es handelt sich demzufolge nicht um ein bloß theoretisch, sondern auch praktisch ungemein wichtiges Werk, das Gemeingut aller auf wissenschaftlicher Basis arbeitenden Ärzte werden sollte. Ernst Urbantschitsch.

Referate.

I. Allgemeines.

Erkrankungen des Gehörorgans und der oberen Luftwege und ihr Einfluß auf die Militärdiensttauglichkeit. Von T. Zalewski, Lemberg. (Przeglad Lekarski. 1917. Nr. 45.)

Im Zeitraum von 10 Monaten behandelte Z. 1254 kranke Soldaten, davon 215 mit Affektionen der oberen Luftwege, 1030 mit solchen des Gehörorgans. Zu jedem Dienst untauglich fand er 5 Nasenkranke (1 hochgradige Verengerung der Nase, je 2mal Ozaena und Tuberkulose), 1 Fall mit Fibrom an der Schädelbasis, 5 mit Larynxtuberkulose und 4 mit narbiger Larynxstenose, 1 Fall mit hochgradiger Trachealstenose. Von 215 Erkrankungen der oberen Luftwege waren oder wurden 93% frontdiensttauglich, während 5% zu keinem Militärdienst tauglich waren.

Beschädigungen des Gehörorgans hat Z. nur selten beobachtet. Wahrscheinlich kommen solche am Kampfplatz häufiger vor, doch geht ein großer Teil wegen gleichzeitiger Beschädigung wichtiger Organe zugrunde, bevor er ins Spital kommen kann. Von 6 Verletzungen des äußeren Gehörganges betrafen 5 die linke Seite. In 75% der Fälle einseitiger

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mittelohreiterung trat vollständige Diensttauglichkeit ein, 10% blieben ganz untauglich. Von den Fällen mit doppelseitiger Mittelohreiterung wurde nur $^1/_3$ wieder vollkommen diensttauglich, während 56% zu jedem Dienst untauglich blieben. Von den Fällen mit einseitigen Residuen nach Mittelohreiterungen wurden 92%, von solchen mit doppelseitigen Residuen 80% wieder vollständig diensttauglich. Von den katarrhalischen Mittelohrprozessen erreichten 70% vollständige Diensttauglichkeit. Von sämtlichen Ohrenkranken waren nur 11% zu keinem Dienst bei Militär tauglich. Mit Rücksicht auf die drohenden gefährlichen Komplikationen sind Patienten mit ungeheilter chronischer Mittelohreiterung zum Frontdienst nicht geeignet. Einseitige Taubheit sollte nach Z. vom Frontdienst nicht ausgeschlossen werden. Nur sollte für den Dienst solcher Patienten die Waffengattung berücksichtigt werden. Progressive Labyrinthkrankheiten schließen Frontdiensttauglichkeit unbedingt aus, selbst bei ausreichendem Gehör. Damit behaftete Soldaten dürfen jedoch nur zu solchen Dienstleistungen verwendet werden, bei denen übermäßige Schalleinwirkung ausgeschlossen ist. Spira.

Erweiterung der oto-laryngologischen Universitätsklinik und Poliklinik in Basel. Von Fr. Siebenmann. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. s. d. angr. Geb. 102. H. 3/4.)

Kurzgefaßte Beschreibung der durchgeführten Erweiterung.

Ernst Urbantschitsch.

Studien über die Herkunft des Labyrinthwassers. Von Dr. Otto Fleischmann, 1. Assistenten der Klinik. Mit 4 lithographischen Tafeln. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik und Poliklinik Frankfurt a. M. [Direktor: Prof. Dr. Voß].) (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. s. d. angr. Geb. 102. H. 3/4.)

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser unter Berücksichtigung der Forderung, daß wir bei der anzunehmenden Ähnlichkeit der Sekretionsverhältnisse von Labyrinthwasser mit der Cerebrospinalflüssigkeit und dem Kammerwasser auch an ihrer Sekretionsquelle Anhäufungen von Pyrrelzellen finden müßten, zu dem Schluß, daß mit großer Wahrscheinlichkeit im inneren Ohr keine Sekretion von Labyrinthwasser erfolgt und daß somit Endolymphe und Perilymphe voraussichtlich keine selbständigen Sekrete sein, sondern aus dem Liquor cerebrospinalis stammen werden. Ernst Urbantschitsch.

Das stereophotogrammetrische Verfahren Hasselwanders in seiner Bedeutung für die Bestimmung des Steckgeschosses innerhalb des Gesichtsschädels. Von Dr. Albert Blau, Priv.-Doz. an der Universität Bonn, StA. d. R., zurzeit an einem Kriegslazarett. Mit 1 Abbildung im Text und 16 Skizzen. (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Der Autor tritt in überzeugender Weise für die Methode Hasselwanders ein, die er auch in ihrer technischen Ausführung beschreibt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und berichtet über acht Fälle von mit dieser Methode operationssicher bestimmter und, bis auf einen, erfolgreich operierter Fälle von Steckgeschossen im Gesichtsschädel. Ernst Urbantschitsch.

Vorsicht bei Anwendung des Fibrolysins. Von Felix Ranzel. (D. m. W. 1918. Nr. 47.)

Da bei Injektionen ins Narbengewebe latente Infektionen aufflackern können (Gefahr tödlicher Sepsis!), empfiehlt es sich, Fibrolysin nicht in das zu beseitigende Narbengewebe selbst zu injizieren.

Ernst Urbantschitsch.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Mißbildung des äußeren Ohres mit kongenitaler Acusticus- und Facialislähmung. Von Dr. P. Haren, Assistent der Klinik. Mit 1 Abbildung. (Aus der Universitätsklinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten in Straßburg i. E.) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Beschreibung des Falles mit Feststellung der Art der Störung, von welcher beide Nerven betroffen sind. Ernst Urbantschitsch.

Chronische Attic-Antrumeiterung mit vollständiger Erhaltung der Gehörknöchelchen und des Trommelfells. Von L. Fleischmann. (Kriegsärztl. Abende im Standort des k. u. k. 2. Armeekommandos; 24. XI. 1917.)

Vollständige Zerstörung der lateralen Atticwand; 1 *m* Flüstersprache. Indikation zur „konservativen Radikaloperation".

Ernst Urbantschitsch.

Zur Therapie des Erysipels. Von Dr. S. Stauber, Arzt der Klinik (Aus der Isolierstation der I. med. Klinik der Wiener Universität [Prof. Dr. Wenckebach].)

Nach einer Übersicht über die bisher übliche Behandlung des Erysipels erörtert Verfasser das von ihm geübte Verfahren: Reinigung der Haut mittelst Benzins oder dergleichen, Bestreichen der ganzen erkrankten Hautpartie bis 3 *cm* ins Gesunde mit 16%iger Lapislösung. Die Haare sind vorerst zu entfernen. Die Pinselung ist bei Tag (wegen der Lichteinwirkung!) vorzunehmen. Die Vorderfläche der Ohrmuschel verlangt eine besonders sorgfältige Bestreichung, desgleichen das obere Augenlid. Bei eventuellen Nachschüben Wiederholung der Prozedur.

Ernst Urbantschitsch.

III. Labyrinth und Hörnerv.

Vergleichende Untersuchungen über Luftschall-Luftleitung und Bodenschwingung-Körperleitungsschädigungen des akustischen Apparates. Von K. Wittmaack. Mit 5 Abbildungen. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. sw. d. angr. Geb. 102. H. 1/2.)

Verfasser untersuchte drei Gruppen von Meerschweinchen, auf die 2—8 Monate lang täglich 12 Stunden Bodenerschütterungen einwirkten. Die Befunde deckten sich mit denen nach Schalleinwirkungen, jedoch treten die Veränderungen erst viel später ein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Den höchsten Grad erreichten sie in einem Bezirk der untersten Schneckenwindung, wo das Cortische Organ völlig fehlte. Sie erstreckten sich von hier an Intensität ständig abnehmend noch bis in die zweitunterste Windung hinein, während die beiden oberen Windungen vollständig unverändert geblieben waren. Die nur 2 Monate lang behandelten Tiere unterschieden sich nicht wesentlich von den 4 Monate lang behandelten.

Diese Feststellung hat eine große praktische und soziale Bedeutung für das Studium der Bedingungen, die zu professioneller Hörstörung führen. Sie bestärkt Verfasser in seiner bekannten Auffassung, daß für gewisse gewerbliche Betriebe der Verschluß des Gehörganges und die Ausschaltung des Luftschalles keinen ausreichenden Schutz gegen das Auftreten einer professionellen Schwerhörigkeit bietet. Ernst Urbantschitsch.

Über Hörstörungen nach Schußverletzungen des Schädels. Von Dr. med. Bleyl in Nordhausen. (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Zusammenfassend hebt Verfasser als Endergebnis seiner Untersuchungen hervor, daß durch Schädelschüsse hochgradige Hörstörungen nur dann zustandekommen, wenn das Schläfenbein oder seine unmittelbare Umgebung vom Schuß getroffen wurde, falls nicht eine erhebliche Detonation gleichzeitig auf das Ohr eingewirkt hat; zweitens, daß jedoch geringe, für den gewöhnlichen Hörgebrauch bedeutungslose Hörstörungen besonders im mittleren und unteren Tonbereich häufig zu finden sind, die jedenfalls auf die Knochenerschütterung durch das Geschoß zurückzuführen sind; drittens, daß die untere Tongrenze fast stets erhalten, die obere jedoch häufig, wenn auch meist nur in geringem Grade herabgesetzt ist; viertens, daß die Perzeption durch die Kopfknochen fast immer verkürzt ist; fünftens, daß jedoch das Wannersche Symptom nur selten zu konstatieren ist. Ernst Urbantschitsch.

Empfindungsstörung bei Labyrintherschütterung nach Granatexplosion. Von San.-Rat Dr. Paul Marx, Witten a. d. Ruhr. (In Nr. 49 d. M. Kl. v. 9. XII. 1917.)

Verfasser wendet sich dagegen, daß die von Falta beschriebenen Sensibilitätsstörungen in ihrer Ausdehnung und wechselnden Lokalisation auf organischer Grundlage beruhen sollten.

Es dürfte sich um Hysterie, Simulation — oder beides — handeln. Verfasser verweist auf seine Publikation: „Ohrverletzungen bei der Explosion der Wittener Roburitfabrik".

Trotz der fürchterlichen Detonation, die noch in 10 *km* Entfernung Schaufenster zerstörte, trat bei keinem einzigen Falle der nicht entschädigungsberechtigten Patienten völlige Ertaubung ein.

Ernst Urbantschitsch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Über ein gehäuftes Auftreten der Rhinitis vasomotorica.[1]

Von Dr. K. M. Menzel, Wien.

Der Krieg mit seinen in die physiologischen Vorgänge des Einzelnen tief eingreifenden wirtschaftlichen Folgeerscheinungen, die ja noch bis in die letzte Zeit hinein in immer gesteigertem Maße nachwirken, hat uns gezwungen, unsere Erfahrungen bezüglich verschiedener Erkrankungen zu revidieren.

Wir haben von einem gehäuften Auftreten der vorher nur seltenen Sycosis parasitaria gehört, schwere Skorbutformen bei Säuglingen, Hungerödem und gewisse Osteopathien, wie Spätrachitis und eine Form der Osteomalacie u. a. m. wurden häufig beobachtet, Erkrankungen, die vorher zu den größten Seltenheiten zählten bzw. vorher überhaupt nicht beobachtet wurden.

Immer wieder mußten als Ursache aller dieser Affektionen mangels konkreter Anhaltspunkte Schädigungen des Organismus infolge mangelhafter Ernährung beschuldigt werden.

Auch auf dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie machen sich, wie es scheint, die Kriegsfolgen, wenn auch nicht so intensiv und so häufig wie in anderen Organkomplexen bemerkbar.

So konnte ich in den ersten 4 Monaten des laufenden Jahres ein gehäuftes Auftreten einer Form der Rhinitis vasomotorica sowohl an meinem Kassenmaterial als auch in der Privatpraxis beobachten.

Während ich in den vorhergehenden Jahren sowie in der Vorkriegszeit bei wesentlich größerem Material im Jahre nur wenige Fälle sah, kamen in den letzten 4 Monaten allein 22 Fälle zur Beobachtung. — Ist schon die absolute Zahl der beobachteten Fälle eine außerordentlich große, so ist der Unterschied gegen die früheren Jahre noch mehr in die Augen springend, wenn die entsprechenden Prozentverhältnisse in Betracht gezogen werden, wie sie sich aus nachstehender Tabelle ergeben:

Die Tabelle zeigt:

1. daß die Prozentzahl der Gesamtsumme in den ersten 4 Monaten des Jahres 1919 ungefähr 8—9mal so groß ist als der Durchschnitt der vorhergegangenen Jahre;

[1]) In der Redaktion eingelangt am 13. V. 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	Zahl der Patienten	Prozentzahl		Prozentzahl der Gesamtsumme	Absolute Gesamtzahl	Frauen	Männer
		Kassenfälle	Privatfälle				
1912	2825	0,4	0.5	0.49	14	7	7
1913	2797	0,33	0,57	0,39	11	5	6
1914 (7 Monate) .	1733	0,15	1,1	0,40	7	5	2
1917	1127	0,25	1,2	0,53	6	5	1
1918	1338	0,55	0,62	0,59	8	4	4
					Summe	26	20
1919 (4 Monate) .	495	3,3	6,01	4,44	22	10	12

2. daß in der gleichen Zeit die Zahl der Fälle aus der Privatpraxis fast zweimal so groß ist als aus der Kassenpraxis, was ätiologisch im Sinne einer nervösen Komponente zu verwerten ist. Ein ähnliches Verhältnis besteht auch in den Jahren 1912—1918, wo ebenfalls die Zahl der Privatfälle weitaus überwiegt;

3. läßt sich schon in den Jahren 1917 und 1918 ein sanftes Ansteigen in der Häufigkeit der Fälle von Rhinitis vasomotorica konstatieren, indem die Prozentzahl der Gesamtsumme sich auf 0,53% und 0,59% erhebt, im Gegensatz zu den entsprechenden Werten der vorhergehenden Jahre;

4. interessant ist ferner, daß in der Endsumme aus den Jahren 1912—1918 die Zahl der Frauen überwiegt (26:20), während 1919 die Zahl der Frauen kleiner ist als die der Männer (10:12).

Unter den 22 Fällen sind mit Ausnahme des Kindesalters alle Altersstufen vertreten, wobei jedoch das Alter zwischen 20 und 45 Jahren weitaus überwiegt. Das Leiden ist fast in allen Fällen noch jungen Datums, und zwar erst mehrere Wochen bis einige Monate alt. In den wenigen Fällen, in denen die Erscheinungen schon längere Zeit bestanden, hatten sie sich in den letzten Monaten verschlimmert.

Die Symptome bestanden in starker Sekretion von wässerigem Sekret, und zwar entweder gleichmäßig jeden Tag, während die Nächte freiblieben, oder aber nur an einzelnen Tagen oder zu gewissen Stunden des Tages, namentlich bei gewissen Anlässen, wie Luftzug, Kälteeinwirkung usw., während auch größere sekretionsfreie Intervalle vorhanden waren. Die Sekretmenge war fast in allen Fällen geringer, als wir dies sonst bei der Rhinitis vasomotorica zu sehen gewohnt sind. Auch die sonst so häufigen Nieskrämpfe kommen hier nur selten vor.

Ein zweites, ebenfalls sehr lästiges Symptom — und das scheint mir ein weiterer Unterschied zu sein gegenüber den sonst beobachteten Fällen — sind Kopfschmerzen, und zwar in der verschiedensten Weise

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lokalisiert: in der Stirngegend, um die Augen herum, ausstrahlend nach den Zähnen, den Schläfen, Hinterhaupt, dem Nacken und dem Halse, selbstverständlich bei vollständig negativen Befunden in den Nebenhöhlen der Nase und im Hals.

Ein drittes, ebenfalls hierhergehöriges, häufig in die Augen springendes Symptom ist eine gewisse abnorme Lebhaftigkeit und Unruhe. Die Patienten klagen über Schlaflosigkeit, erhöhte nervöse Reizbarkeit, so daß die Annahme einer gewissen allgemeinen Nervosität nicht von der Hand zu weisen ist.

Der objektive Befund war, abgesehen von einer in mehreren Fällen vorhandenen diffusen Rötung der Nasenschleimhaut und von Veränderungen, wie man sie auch sonst nicht selten findet, wie Spinen, Deviationen des Septums, mäßigen Hypertrophien, im Wesen negativ.

Was die Ätiologie anlangt, so wäre als die nächstliegende Ursache die mangelhafte Ernährung, wie sie ja jetzt gang und gäbe ist, namentlich der Mangel an Fett und Kalksalzen, aber auch von Eiweißsubstanzen in der Nahrung anzusehen, wonach wir es hier mit einer Art von Avitaminose zu tun hätten, sei es, daß wir eine direkte Schädigung der Gefäß- und Drüsennerven in der Nase annehmen oder aber eine Schädigung des endokrinen Systems und auf diesem Wege mittelbar eine Beeinflussung der Nase.

Aber das Studium unserer Tabelle spricht gegen die erwähnte Annahme insofern, als sie zeigt, daß die Prozentzahl aus der Privatpraxis weitaus größer ist als die der Kassenpraxis, so daß die Annahme eines Nährschadens nicht zu halten ist. Wir müssen demnach, wenn auch die mangelhafte Ernährung in der Ätiologie eine Rolle spielt, auch noch auf eine andere Ursache zurückgreifen und das wäre eine direkte Schädigung des Nervensystems und der Psyche, wie sie ja der Krieg, namentlich aber die Zeit des Waffenstillstandes mit ihren innerpolitischen, besonders die besitzenden Klassen betreffenden Umwälzungen in reichlichem Maße herbeigeführt hat. Damit stimmt wohl einerseits der Umstand überein, daß die ersten 4 Monate des laufenden Jahres das größte Kontingent an Fällen der in Rede stehenden Krankheit stellen, andrerseits das bei den einzelnen Fällen öfters zu konstatierende Symptom der allgemeinen Nervosität, wovon schon oben die Rede war.

Die Therapie war der in Rede stehenden Krankheit gegenüber in unseren Fällen mehr oder weniger machtlos; lokale Pinselungen, Arsen oder Atropin innerlich (Avellis) erwiesen sich als wenig wirksam, ebenso wie die Beseitigung der die Passage behindernden etwaigen Anomalien, wie Spinen, Deviationen usw.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine wohl angezeigte Kalktherapie konnte in Anbetracht des derzeitigen Mangels der einschlägigen Präparate nicht durchgeführt werden. Das richtigste, den ätiologischen Verhältnissen am meisten Rechnung tragende Mittel wäre wohl ein vollständiges Ausspannen und Entfernung aus dem bisherigen Milieu, eine Maßnahme, welche in schweren Fällen wohl durchgeführt werden müßte.

Zweck der vorstehenden Mitteilung ist, die Fachkollegen anzuregen, auch an ihrem Material der Sache nachzugehen und über ihre diesfälligen Beobachtungen zu berichten.

Aus der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten weil. Prof. Chiari (Leiter: Doz. Dr. H. Marschik).

Über intravenöse Calciumtherapie. [1])

Von Dr. **Franz Vollbracht.**

Die Darreichung von Calcium hat im letzten Jahrzehnt auf Grund von experimentellen und klinischen Arbeiten (Januschke, Wright, Fröhlich und Chiari, Januschke und Chiari, Sabbatini, Quest, Curschmann, Kayser, Emmerich und Löw, Müller und Saxl u. a.) einen immer größeren Umfang angenommen. Man suchte die reflexherabsetzende, krampflösende, die sekretionsbeschränkende Wirkung des Calciums sowie seine auf Colloidfällung beruhende, abdichtende Wirkung auf die Gefäßwände auszunützen. Dadurch kam Calcium bei Asthma, Heuschnupfen, Tetanie, Spasmophilie, bei exsudativer Diathese, bei Hämophilie, bei exsudativen Affektionen der Haut u. a. in Verwendung. Man gab Calcium chloratum oder lacticum in Substanz oder besser in Lösung und die Erfolge wurden vielfach als befriedigend, von manchen Autoren aber als ungenügend erklärt. Der Grund liegt, wie Emmerich und Löw meinen, darin, daß die täglich verordnete Dosis zu niedrig war und außerdem zu wenig lang gegeben wurde. So fordern Emmerich und Löw 3 *g* Calcium chloratum pro die, andere Autoren noch mehr, durch Monate zu nehmen. Trotzdem versagte die interne Calciummedikation bei Asthma und Heuschnupfen fast vollständig. Gestützt auf die Tatsache, daß Calcium intravenös im Tierexperiment prompt wirkt, ging Rose daran, eine Calciumverbindung zu schaffen, welche auch beim Menschen anwendbar ist. Bis dahin scheute man sich vor jeder Art von Calciumeinspritzung, da Calcium, subkutan oder intramuskulär injiziert,

---

[1]) Auszugsweise vorgetragen in der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft, Mai 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schmerzhafte Infiltrate und Nekrosen, in den Gefäßen Thrombosen erzeugte. Bei seinen Versuchen gelang es Rose, aus Calcium chloratum crystallisat. mit Harnstoff eine schön krystallisierbare, nicht hygroskopische Verbindung herzustellen, welche sich in Wasser gut löst und einen weniger salzigen Geschmack hat wie das reine Calcium chloratum crystallisat. Kaninchen bekamen nach subkutanen Injektionen mit diesem Präparat keine Abscesse oder Nekrosen. Auch Injektionen in die Ohrvene wurden gut vertragen. Die gebrauchten Venen zeigten auch nach mehrmaliger Benützung keinerlei Wandveränderungen oder Thrombosen. Nachdem $CaCl_2$-Harnstofflösung, auch im Selbstversuch intravenös gegeben, anstandslos vertragen wurde, wandte Rose dieses Präparat in über 100 Fällen intravenös, zum Teil auch intramuskulär mit gutem Erfolge an. Rose sagt: „$CaCl_2$-Harnstoff ist zu intravenösen Injektionen gefahrlos zu verwenden. Kommt bei der intravenösen Injektion von der Flüssigkeit auch etwas nebenbei in das umliegende Gewebe, so treten keine Abscesse und Nekrosen auf. Kurze Zeit besteht Brennen, das unter feuchten Umschlägen bzw. Eisblase bald nachläßt. Eine glatt gelungene, intravenöse Injektion verursacht keine Beschwerden. Bei der intramuskulären Injektion bilden sich keine Abscesse oder Nekrosen. Kurze Zeit besteht ein Spannungsgefühl, das aber bald nachläßt. Thrombosen treten nicht ein."

Bestimmt durch die guten Erfolge, über welche Rose in der B. kl. W., 1917, Nr. 43, berichtet, habe ich $CaCl_2$-Harnstoff — von der Firma Knoll & Co., Ludwigshafen, in gebrauchsfertigen Ampullen unter dem Namen „Afenil" in den Handel gebracht — in Fällen von Heuschnupfen, Asthma bronchiale und gewissen Fällen von Rhinitis verwendet, und zwar mit gutem Erfolge. Verwendet wird eine 10%ige Lösung von Calciumchloridharnstoff, und zwar 10 cm^3 pro Injektion.

Mit Absicht suchte ich Fälle aus, bei denen es auf rasche Wirkung ankam und bei denen die interne Calciummedikation den asthmatischen Anfall wenig oder gar nicht zu beeinflussen vermochte. Am deutlichsten war die Wirkung der intravenösen Injektion von Afenil bei Heuschnupfen. Ich hatte im Mai bis Juni 1918 Gelegenheit, sechs Fälle von Heuschnupfen mit Afenilinjektionen zu behandeln. Der Erfolg war überraschend. Sofort nach der Injektion fühlten sich die Kranken bedeutend erleichtert. Das Druckgefühl im Kopf, die Erscheinungen von seiten der Nase, die asthmatischen Beschwerden, die Depression ließen nach, die darauffolgende Nacht war gut. Zwei Tage nach der ersten Injektion ließ ich eine zweite folgen, worauf die Heufieberkranken für dieses Jahr beschwerdefrei geblieben sind. Spontan gaben sämtliche Kranke an, von denen einige 10—15 Jahre an Heuschnupfen mit schweren Komplikationen gelitten hatten, daß kein Mittel so rasch und lange anhaltend gewirkt habe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Als zweite Gruppe wählte ich Fälle von Asthma bronchiale auf neurogener Basis. Die Erfolge waren gut, doch trat der Effekt langsamer ein; auch waren meist 3—4 Injektionen in Abständen von 2—4 Tagen notwendig, um die Kranken von ihrem Leiden zu befreien. Auch diese Art Kranken fühlten nach der Injektion eine bedeutende Erleichterung, welche im Laufe der Zeit zunahm und sich zum völligen Wohlsein bei immer freierer Atmung steigerte. Auf die Bronchitis hatte Afenil keinen Einfluß, jedoch ist ein Expectorans entbehrlich, da die Bronchitis nach wenigen Tagen verschwindet. Seit Februar 1918 habe ich neun Fälle von Asthma bronchiale mit Afenil behandelt — alle sind gebessert. Ein Fall ist seit neun, ein anderer acht, resp. sechs Monate ohne Anfall resp. ohne asthmatische Beschwerden. Die übrigen sind seit 3—4 Monaten beschwerdefrei. Nach der Injektion bekamen die Patienten — außer As. zwecks Kräftigung — keinerlei Medikamente.

Weiterhin wurden gute Erfolge verzeichnet bei Kranken mit Übererregbarkeit der centripetalen Nasennerven, bei welchen es durch Staub immer wieder zu Schnupfen, Nieskrämpfen kommt, und in Fällen von Rhinorrhoe. In diesen Fällen wirkt $CaCl_2$, in ausreichender Dosis und genügend lange gegeben, meist mildernd auf den quälenden Zustand, befreit aber nicht davon. In elf Fällen hatte die intravenöse Injektion von Afenil — zwei in einer Woche — gute Wirkung. Die lästigen Erscheinungen klangen bald ab und die Kranken blieben wenigstens zwei Monate anfallsfrei, viele aber fast ein halbes Jahr lang. Dann kamen diese Kranken von selbst und ersuchten um eine neuerliche Injektion, da die Beschwerden von seiten der Nase sich wieder zeigten. Von einer lokalen Therapie wurde in allen Fällen abgesehen.

Als einzige, aber unschädliche Nebenerscheinung nach intravenöser Injektion von Afenil ist zu erwähnen, daß die Kranken angeben, unmittelbar während der Injektion durchströme ein starkes Hitzegefühl den ganzen Körper, welches Gefühl mit Beendigung der Injektion schwindet. Alle Afenilinjektionen wurden ambulatorisch gemacht und die Kranken entfernten sich nach etwa $^1/_2$—1 Stunde froh über den unmittelbaren guten Effekt. Zeichen der Erregung oder des Übelseins kamen nicht vor. Irgendwelche Störungen an der Atmung, am Herz oder am Gefäßsystem wurden nicht beobachtet. Auch zwei Fälle mit kompensierter Mitralstenose zeigten nach der Injektion keinerlei Störungen. Der Harn, vor und nach den Injektionen mehrfach untersucht, war frei von Eiweiß. An der Injektionsstichstelle oder an den benützten Venen zeigten sich keine Reizerscheinungen. Die Kranken klagten niemals über lokale Beschwerden an der Stichstelle oder über allgemeine Folgeerscheinungen.

Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Zusammenfassend ist zu sagen: Calciumchlorid-Harnstoff (Afenil) wurde in allen Fällen, intravenös angewendet, gut vertragen, erzeugte keine lokalen Reizerscheinungen und wirkt sehr gut und rasch bei Fällen von Heuschnupfen, langsamer, aber mit befriedigendem Erfolge bei Asthma bronchiale und gewissen Formen von Rhinitis. Es ist zweckmäßig, der ersten Injektion von Afenil in zwei- bis dreitägigen Intervallen eine zweite und dritte Injektion folgen zu lassen. Jedesmal soll der ganze Inhalt der Ampulle = 10 cm^3 injiziert werden.

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung am 2. April 1919.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. W. Roth.
Schriftführer: Hr. J. Kraus.

Vorsitzender gibt bekannt:

1. daß ein Dankschreiben von Herrn Prof. Paul Heymann aus Berlin eingelangt ist, in welchem derselbe für die Glückwünsche zum 70. Geburtstag dankt und der Hoffnung Ausdruck gibt, es möge ihm vergönnt sein, noch einmal einer Sitzung der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft beiwohnen zu können;

2. eine Zuschrift der Vereinigung der Wiener Fachärzte, worin um die Entsendung von 2 Vertretern der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft ersucht wird. Über Vorschlag des Herrn Fein werden die Herren Hajek und Hanszel delegiert.

I. Hr. Glas: 1. **Histologisches Präparat von Tbc. der vorderen Commissur.** Das Präparat stammt von jenem Fall, den ich in der letzten Sitzung vorgestellt hatte. Entsprechend dem klinischen Befund sind zahlreiche pachydermische Partien mit starker Epithelwucherung und Zapfenbildung über spezifischem Gewebe zu finden.

2. **Tuberkulom der hinteren Rachenwand bei einem 22jährigen Mädchen.** Von wesentlichem Interesse ist die Anamnese: vor 7 Jahren Caries der Halswirbelsäule. Gipskrawatte, mehrmonatlicher Aufenthalt im Süden. Nach Mitteilung des Orthopäden völlige Ausheilung des Prozesses seit 6 Jahren. Röntgenbefund negativ. Seit 1 Jahr Caries der Handwurzelknochen links. Zur selben Zeit Verstopfung der rechten Nase. Der damalige rhinologische Befund lautete: Granulationsähnliche, schwammige, bei Berührung leicht blutende Massen am vorderen Septum (Tuberkulom des Septums). Excochleation, Galvanokaustik, Tamponade. Scheinbare Ausheilung des Prozesses. Zu jener Zeit war der Rachen völlig frei. Vor einem halben Jahr trat Eiterung der rechten Nase auf. Hinteres Empyem. Entfernung von polypösen Schwellungen der mittleren Muschel, Entfernung eines kleinen Tuberkuloms der mittleren Partie des Septums. Milchsäurebehandlung. Seit einigen Wochen minimale Schluckbeschwerden. Der Mesopharynx zeigt papillomatöse, granuläre, weit in den Epipharynx hinaufreichende Excrescenzen. Keine miliaren Knötchen. Es handelt sich um

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine lupoide Schleimhauterkrankung, die durch den Mangel an Knötchen, völligen Mangel der Dysphagie, kurzum durch die Indolenz ihres Auftretens charakterisiert ist. Die Therapie wird hier am rationellsten die Excochleation mit der Röntgenbehandlung verbinden.

Auffallend ist an diesem Fall das erste Auftreten eines spezifischen Prozesses im Knochen des 2. Halswirbels (bei klinisch negativem Befund des Thorax und der Lungen), das Ausheilen dieses Prozesses, das Jahre später erfolgte Auftreten eines Septumtuberkuloms und das schließliche Befallenwerden der hinteren Rachenwand.

Aussprache:

Hr. Fein: Der Anschauung des Vortragenden, daß der tuberkulöse Herd im Wirbel den primären Herd der Infektion vorstellt, kann ich nicht beipflichten, obwohl sein Auftreten den Erscheinungen in den anderen Organen vorausgegangen ist. Wenn auch derzeit in den Lungen kein Zeichen einer Erkrankung nachweisbar ist, dürften dennoch alle Prozesse von der Lunge aus ihren Ursprung genommen haben. Die Affektion im Rachen stellt offenbar eine Granulationsgeschwulst vor, die durch regionäre Infektion seitens des erkrankten Wirbels entstanden ist.

II. Hr. E. Ruttin: **Männlicher Stimmbandtypus bei Pseudohermaphroditen.** Das Mädchen, das ich Ihnen vorstelle, klagte zufällig über Heiserkeit. Ich merkte aber sogleich, daß es sich nur um eine tiefe, männliche Stimme handelte. Tatsächlich zeigten sich die Stimmbänder breit und kräftig, von männlichem Typus bei sonst grazilem Kehlkopf. Ich erfuhr nun, daß auch ihre Schwester eine ähnliche Stimme habe. Die Untersuchung der Schwester ergab ein ähnliches Resultat: auch hier Stimmbänder von männlichem Typus bei sonst grazilem Kehlkopf.

Die eine ist 19 Jahre alt und hat die tiefe Stimme angeblich erst seit 1 Jahr, die andere ist 24 Jahre alt und spricht angeblich schon seit dem 14. Lebensjahr so tief. Beide sind noch nicht menstruiert und haben auch sonst einzelne maskuline Zeichen, z. B. hat die Jüngere einen deutlichen Schnurrbartanflug.

Der gynäkologische Befund, den Kollege Thaler erhoben hat, lautet: „Bei der 19jährigen: weiblicher Behaarungstypus, Labien beiderseits prominent; in beiden gut ausgebildete Keimdrüsen in Form von Testikeln und Nebenhoden, penisartige Klitoris mit undeutlich differenzierter Glans und deutlichem Präputium, grübchenförmiger Vaginalrest, darüber die Urethralöffnung. Der Introitus von karunkelartigen Excrescenzen umsäumt, per rectum Uterus nicht tastbar, doch tastet man ebenso wie bei der Schwester einen querverlaufenden Strang. Diagnose: Pseudohermaphroditismus masculinus externus."

Bei der 24jährigen: „Männlicher Behaarungstypus; an Stelle der Klitoris ein penisartiges Gebilde mit deutlich differenzierter Glans und Präputium; an Stelle der Urethralöffnung ein Grübchen, das sich nach hinten in eine Furche, der Raphe entsprechend, fortsetzt. Die großen Labien sind gut entwickelt, das linke etwas prominenter als das rechte. Die kleinen Labien kammartig, doch flach; der Introitus von kleinen Excrescenzen umsäumt. Vom Introitus aus gelangt man mit der Sonde in ein sehr seichtes, einer rudimentären Vagina entsprechendes Grübchen; nach vorne davon befindet sich die Urethralöffnung. Im rechten Labium nichts tastbar, im linken gegen die Inguinalgegend zu Stränge tastbar.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein deutlicher Testikel ist nicht nachweisbar. Es dürfte sich um Pseudohermaphroditismus masculinus mit beiderseitiger Kryptorchie handeln."

Es scheint mir in diesen beiden Fällen interessant, daß sich bei weiblichem Kehlkopftypus (verhältnismäßig zarter, schwacher Larynx, keine besondere Ausbildung des Pomum!) schöne breite Stimmbänder von durchaus männlichem Typus finden. Diese Stimmbänder sind wohl den maskulinen Geschlechtscharakteren dieser Pseudohermaphroditen zuzuzählen.

Aussprache:

Hr. Roth: Liegen Störungen der Motilität vor?

Hr. Ruttin: Nein.

Hr. Stern erinnert an ähnliche, von ihm demonstrierte Fälle sowie speziell an einen in der Gesellschaft der Ärzte im Jahre 1914 besprochenen Fall einer tenoralen Stimmbildung bei einer 26jährigen Dame. Gutzmann, E. Barth, Nadoleczny u. a. haben ebenfalls derartige Fälle beschrieben. Die interessanten Ausführungen des Herrn Doz. Ruttin müßten noch durch eine eingehendere Untersuchung: Grenzen der Tonhöhe der Sprechstimme, kymographische Atmungsaufnahmen etc. eine Ergänzung finden. Der Klangcharakter der Stimme entspricht ungefähr einer tiefen Altstimme im Stadium einer katarrhalischen Indisposition.

Hr. Roth: Meine Herren! In den vorgestellten Fällen handelt es sich nicht nur um männlichen Typus oder Heiserkeit; vielmehr ist etwas abnormes vorhanden, was sich nicht genau definieren läßt. Als Erklärung könnte vielleicht folgende Theorie herangezogen werden: Die Dimensionen des Larynx sind weiblich, die Stimmbänder ihrer Breite, Länge und Dicke nach männlich. Diese beiden Momente sind imstande, akustische Interferenzerscheinungen zu erzeugen, da eben die Stimmlippen auf die Dimensionen des Larynx nicht eingestellt sind. In den vorgestellten Fällen könnte das Zusammentreffen beider Momente solche Erscheinungen bedingen.

III. Hr. Schlemmer: 1. **Stomatitis ulcerosa bei offener Lungentuberkulose.** Ich habe Ihnen noch über jene Frau ergänzend zu berichten, die ich in der Märzsitzung vorgestellt habe, und Sie werden sich erinnern, daß es sich um eine offene Tbc. der Lungen handelte bei einem gleichzeitig bestehenden ulcerösen Prozeß am weichen Gaumen, der Wangen- und Mundschleimhaut. Differentialdiagnostisch entschieden sich die Herren einerseits für tuberkulöse Geschwüre, andererseits für eine Stomatitis ulcerosa.

Die mehrfach ausgeführten Strichpräparate waren bezüglich der Spirochaeta refringens und des Bac. fusiformis völlig negativ. Die histologische Untersuchung eines excidierten Schleimhautstückchens aus dem weichen Gaumen ergab (Prof. Stoerk): oberflächliches Ulcus mit fibrinösem Belag. In mehreren untersuchten Schnitten kein Anhaltspunkt für Tbc.

Die Pat. wurde wegen Progredienz ihres Lungenprozesses bald auf die IV. med. Abteilung transferiert, und muß ich betonen, daß sich die Ulcera auf H_2O_2 und Orthoformbehandlung gut reinigten und stellenweise epithelisierten. Kürzlich besuchte ich die Kranke auf der genannten Station und habe dort die Diagnose des Herrn Prof. Kovács gelesen, welche lautet: „Chron. fibrinös-ulceröse Tbc. beider Lungen, links der ganzen Lunge, rechts des Oberlappens. Höhlenbildung im linken Ober- und Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lappen und Schrumpfungen der linken Lunge mit folgender Dislokation des Mediastinums nach linker Tbc. intestinorum."

Die Kranke sah weit schlechter und abgemagerter aus, wie 14 Tage vorher. Am weichen Gaumen zeigen sich jetzt ganz typische Tbc.-Ulcera. Das Bild war ein ganz anderes wie früher, vor allem war die Ausbreitung der Ulceration keine so diffuse, insbesonders schienen die Ulcera an der Wangenschleimhaut und an den Alveolarfortsätzen abgeheilt. Gestern sah ich die Pat. neuerdings. Man konnte sie wohl als terminal bezeichnen. Im Munde war nicht viel zu sehen, weil alles von einem zähen, klebrigen Schleim überzogen war. Ich wollte die Kranke nicht mit einer längeren Mundreinigung belästigen und verzichtete auf genauere Inspektion.

Ich halte es für wahrscheinlich, daß es sich vor einem Monat um eine akut auftretende Stomatitis bei einer schwerkranken Frau gehandelt hat, und daß sich die Ulcera bald mit dem massenhaft expektorierten Sputum infizierten, bevor sie abheilen konnten.

Aussprache:

Hr. Fein: Der aufklärende Bericht über den Verlauf des seinerzeit von Herrn Schlemmer vorgestellten Falles ist sehr lehrreich. Über die Diagnose haben damals Meinungsverschiedenheiten bestanden, und meines Wissens waren Herr Hajek und meine Wenigkeit die Einzigen, welche die Diagnose Tuberkulose nicht gelten ließen. Wir haben damals unsere Ansicht darauf gestützt, daß wir einige Kardinaleigenschaften tuberkulöser Prozesse vermißten. Der Prozeß war akut innerhalb 8 Tagen aufgetreten, und wichtige Kennzeichen tuberkulöser Substanzverluste fehlten; die Geschwüre waren seicht, die Ränder nicht charakteristisch, Knötchen waren nicht zu sehen. Die Lehre, die aus der Beobachtung des Falles zu ziehen ist, lautet dahin, daß, wenn auch ein Fall nicht ganz klar ist, man bei der Diagnosestellung über das Fehlen der altbewährten Schulsymptome denn doch nicht so ohne weiteres hinweggehen dürfe.

2. **Decubitalgeschwür des Sinus piriformis nach Fremdkörpereinklemmung** (unter dem Bilde eines Hypopharynxcarcinoms): Ich möchte Ihnen, meine Herren, weiters über einen äußerst interessanten und diagnostisch kaum zu lösenden Fall berichten, den ich im Februar konsiliariter zu begutachten hatte. In der Märzsitzung konnte ich deshalb nicht über ihn referieren, weil ich das merkwürdige Ende erst kürzlich erfahren habe.

Es handelt sich um eine 59jährige Frau von der Klinik Prof. Chvostek, die mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: „Carcinoma oesophagi mit Metastasen in den linken Halsdrüsen und Wirbelmetastasen" im Krankenwagen zur ösophagoskopischen Feststellung des Leidens zu uns gebracht wurde. Aus der mitgebrachten, sehr ausführlichen Krankengeschichte entnahm ich, daß die Frau angeblich nie krank war. Erst im Oktober 1917 begann sie an Kreuzschmerzen zu leiden, die sie auf einen Sturz auf der Straße zurückführte. Nach dem Trauma konnte sie nur unter starken Schmerzen nach Hause gehen, und blieben die Beschwerden beim Gehen seither bestehen. Dieselben sind anhaltend, strahlen von der Lendengegend bis ins Knie aus und nach oben bis in den Nacken. Nachts steigern sich die Schmerzen. Seit einigen Monaten krampfartige Schmerzen im Kreuz, die gegen die Hüften ausstrahlen. Seit 3 Monaten sind die Schmerzen derart,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß Pat. nicht mehr gehen kann und bettlägerig ist. Im Bett lassen die Schmerzen nach. Die Kranke leidet außerdem seit vielen Jahren an Magenschmerzen, Völle und Druckgefühl nach dem Essen. Etwa vor einer Woche steigerten sich die Schmerzen, so daß die Pat. jetzt nur mehr flüssige Nahrung zu sich nehmen kann.

In den letzten Wochen starke Abmagerung, flüssige Stühle.

8. II. 1919. Stat. praes. (der Klinik Chvostek):

Mittelgroße, grazile Frau. Atrophie der Muskulatur, fehlender Fettpolster. Haut und Schleimhaut anämisch. Am Hals keine Lymphdrüsen und keine erweiterten Venen. Thorax und Abdomen ohne Besonderheiten. Die Beine werden flektiert gehalten. Patellarsehnenreflex beiderseits lebhaft gesteigert, desgleichen die Achillessehnenreflexe. Babinsky beiderseits positiv. Motorische Kraft beiderseits herabgesetzt. Zehenbeweglichkeit mangelhaft. Keine Sensibilitätsstörung. Harn kann nicht gehalten werden. Hochgradige Schwäche, Schmerzen beim Schlucken.

20. II.: Klagen über Schmerzen in der linken Halsseite. Daselbst ist ein zirka eigroßer Tumor tastbar, der sehr druckschmerzhaft ist.

24. II.: Starke Schluckschmerzen, Tumor der linken Halsseite größer. Fortschreitende Kachexie.

In diesem Zustand sah ich die Kranke zu dieser Zeit zum erstenmal. Ich konnte die Frau wegen der großen Schmerzen kaum ordentlich auf den Untersuchungstisch zur Ösophagoskopie legen. Bei dieser Untersuchung sah man im Hypopharynx diffus geschwollene Schleimhaut. Der linke Rec. piriform. war ganz verschwollen und nach reichlicher Betätigung der Speichelpumpe sah man ein Ulcus mit granulierenden, leicht blutenden Rändern. An ein Tiefergehen mit dem Rohre war bei dem starken Spasmus des Ösophagusmundes nicht zu denken, abgesehen davon, daß die ganze Manipulation für die dekrepite Kranke recht schmerzhaft war. Ebenso ließ sich eine Hypopharyngoskopie nach v. Eicken nicht machen.

Ich schrieb als Diagnose: „Ca. im linken Sin. piriform., starker Spasmus des Ösophagusmundes".

Bei einer zufälligen Begegnung mit dem Kollegen der Klinik Chvostek, der mir die Kranke zugeschickt hatte, erfuhr ich nun, daß die Frau wenige Tage nachher ad exitum kam und daß die Autopsie (Prof. Erdheim) folgenden höchst bemerkenswerten Befund ergab:

„Von einem Defekt, am unteren Ende des linken Sin. piriform. gelegen, beginnt ein periösophagealer und perithyreoidaler Absceß; am Grunde des Defektes, in das eitrig-entzündete Gewebe fest eingekeilt, liegt ein nicht ausgelöstes Haferkorn. Schwere allgemeine Kachexie mit brauner Atrophie der Leber, katarrhalische Enteritis des Dickdarms. Multipler Callus der Rippen. In die Wirbelsäule ist das Knorpelmesser sehr leicht einzustechen. Der Knochen ist mit dem Hirnmesser leicht schneidbar. Die Wirbelkörper sind bikonkav, die Bandscheiben verbreitert."

Die Autopsie ergab also nicht die geringste Erklärung für die klinisch nachgewiesenen nervösen Symptome wie: lebhafte Steigerung der Sehnenreflexe, Babinski, seit Monaten mangelndes Gehvermögen, sowie für die Anamnese. Kurz ante exitum war, wie ich nachträglich noch bemerken muß, die Geschwulst links am Halse wieder verschwunden, so daß die klinische Diagnose einen Spontandurchbruch in den Ösophagus annahm. Das kleine Fremdkörperchen war in die geschwollene Schleimhaut

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

derart eingeklemmt und von ihr überdeckt, daß dasselbe in viva unmöglich gesehen werden konnte. Es ist dies gewiß ein für uns sehr interessanter Fall, weshalb ich mir davon zu berichten erlaubte. Wie lange das Haferkorn gelegen haben mag, ist wohl nicht sicher feststellbar.

Aussprache:

Hr. Glas fragt, welches Moment der ösophagoskopischen Untersuchung zu der Diagnose Carcinom führte?

Hr. Weil bittet um Auskunft über den Zustand des erwähnten Haferkornes; bei dem jetzt so verbreiteten Genuß von Haferreis, in welchem stets viele nicht enthülste Körner vorhanden sind, liegt die Annahme nahe, daß dieses beim Schlucken in den schon vorhandenen Absceß geraten ist. Ferner fragt Herr Weil an, ob das Geschwür und der Absceßeiter näher untersucht wurden, da doch eventuell Aktinomykose in Frage käme.

3. **Perichondritis laryngea oder Ca. laryngis?** Meine Herren! Sie sehen eine 75jährige Frau, welche am 6. XII. 1918 zum erstenmal in die klinische Ambulanz mit hochgradiger Atemnot kam.

Ihre Tochter erzählte, daß die Mutter bis zur jetzigen Erkrankung immer vollkommen gesund war, und erwähnte als Beleg für die Rüstigkeit ihrer Mutter die Tatsache, daß sie noch vor ganz kurzer Zeit ihrem Berufe als Hebamme nachging. Vor 6 Wochen trat allerdings bereits ein trockener Husten und Heiserkeit auf. Diesen Symptomen legte die Kranke vorerst keine wesentliche Bedeutung bei und erst als die Atemnot vor einigen Tagen einsetzte, Herzklopfen und heftige Kopfschmerzen hinzukamen, entschloß sich die Pat., die Klinik aufzusuchen.

Bei der ersten Untersuchung stellte ich eine hochgradige Laryngitis subglottica fest. Die Aryknorpel waren in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und leicht geschwollen. Die ersten 3 Tage wurde die Pat., die gleich an die Klinik aufgenommen wurde, mit Aspirin, Wickeln und Inhalationen behandelt und am 9. XII. an die Klinik Wenckebach transferiert, weil die interne Untersuchung eine diffuse Tracheobronchitis mit chronischem Emphysem ergab.

Am 12. XII. schien mir, als ich die Kranke an der I. med. Klinik neuerdings spiegelte, die rechtsseitige Posticusfunktion stark herabgesetzt. Die Pat. wurde neuerdings an unsere Klinik transferiert, wünschte aber dringender häuslicher Verhältnisse wegen nach Hause zu gehen. In der Nacht zum 14. XII. kam es zu einem schweren Erstickungsanfall, so daß die Frau am 14. XII. früh an die Klinik kam und sofort tracheotomiert wurde.

In den ersten Jännertagen wurde der rechte Aryknorpel und die aryepiglottische Falte rechts zum erstenmal auffallend ödematös gefunden und im Protokoll vermerkt.

Wiederholte Untersuchungen, die nun im Laufe der folgenden Wochen angestellt wurden, zeigten stets den gleichen Befund. Etwa Mitte Februar traten Schlingbeschwerden auf, so daß feste Kost nur mit Mühe und unter Schmerzen geschluckt werden konnte.

Die Laryngoskopie zeigt seither konstant denselben Befund: Diffuse ödematöse Schwellung der rechten Larynxhälfte. Die Glottis ist geschlossen, die Stimmbänder stehen unbeweglich in der Medianlinie. Die Schwel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lung des rechten Aryknorpels ist manchmal derart, daß der linke von ihm verdeckt wird, manchmal, so wie heute, ist die Schwellung wieder geringer. Bei der Palpation des Halses von außen fühlt man nicht mehr wie früher die Konturen des Kehlkopfes, sondern eine starre Masse, die empfindlich und leidlich verschieblich ist.

Auffallend hat sich in den letzten 14 Tagen das Sprechvermögen geändert. Früher konnte die Kranke mit zugehaltener Kanüle gut vernehmlich reden. Jetzt ist das kaum mehr möglich. Es kommen bloß mehr einzelne Silben sehr gepreßt und mit großer Anstrengung im Falsett heraus.

Die untere Tracheoskopie ergab außer einer Tracheitis keine Besonderheiten. Eine Tracheal- oder Bronchusstenose war nirgends festzustellen.

Die Ösophagoskopie gelingt nicht. Das in den Hypopharynx eingeführte Rohr stößt auf einen starken Widerstand. Auch nach energischer Cocainisierung mit reichlich Adrenalin läßt der Spasmus nirgends nach. Die Salivation ist dabei eine sehr störende und bei unausgesetzter Betätigung der Speichelpumpe sieht man bloß stark gerötete ödematöse, gewulstete Schleimhautpartien, in deren Taschen eine Orientierung um so weniger möglich ist, als es bei dem Würgen gleich zu bluten beginnt.

Ich habe daher Kollegen Sgalitzer um die Anfertigung eines Röntgenbildes gebeten, das ich Ihnen heute demonstrieren wollte. Der Herr Kollege ist aber leider krank, weshalb die Aufnahme unterblieb.

Ich halte den Prozeß möglicherweise für eine Perichondritis laryngea. Außerdem kann es sich aber auch um einen malignen Tumor handeln, wobei ich an die Demonstration Marschiks in der Junisitzung der Wiener laryngologischen Gesellschaft 1911 denke. Marschik stellte damals ein Ca. laryngis vor, das von vornherein unter dem Bilde einer Perichondritis aufgetreten war und darunter verborgen blieb. Auch die Laryngofissur hat damals keinerlei Anzeichen von einem Tumor gegeben. Ich bitte die Herren, den Fall zu spiegeln und ihre Meinung zu äußern.

Aussprache:

Hr. Marschik: Mein von Schlemmer erwähnter Fall war monatelang unter dem Bilde einer Perichondritis verlaufen. Da die konservativen Methoden versagten, wurde zur Einleitung einer Laryngostomiebehandlung die Laryngofissur gemacht, und es fand sich im Larynx keine Spur von Carcinom. Die Dilatationsbehandlung wurde nicht vertragen und Pat. entlassen. Als sie 6 Monate später wieder aufgenommen wurde, war die Fissur fast verschlossen. Der Larynx selbst war in einen fast doppelt so großen Tumor verwandelt. Eine nochmalige Laryngofissur zeigte das Innere des Larynx ganz von ulcerierten Carcinommassen ausgekleidet. Es muß sich um ein submukös gewuchertes Carcinom gehandelt haben, vielleicht von den Drüsen ausgegangen.

Hr. Hajek erinnert daran, daß man bei akuten oder subakuten Schwellungszuständen des Larynx oder Hypopharynx die ösophagoskopische Untersuchung, sofern der Verdacht auf Fremdkörper nicht begründet ist, vermeiden soll, da erfahrungsgemäß dann solche Prozesse akut exazerbieren und zu Abscedierung und Nekrose führen können.

Hr. Schlemmer (Schlußwort): Der ösophagoskopische Befund im Falle 2 wurde als Ca. aufgefaßt, weil das im Sin. piriform. gesehene flache

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ulcus mit aufgeworfenen Rändern dafür gesprochen hat. Über die Herkunft des Haferkornes kann nur angenommen werden, daß es schon viel früher in den Sinus gelangt ist, da Pat. während des dreiwöchigen Aufenthaltes an der Klinik Chvostek nur flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Es ist weder das Geschwür noch der Eiter untersucht worden, da ich, wie gesagt, nicht selbst bei der Autopsie war, sondern erst später den merkwürdigen Ausgang erfuhr. Bezüglich der von Herrn Prof. Hajek betonten Bedenklichkeit der Untersuchung des Larynx oder Hypopharynx bei subakuten Schwellungszuständen mit dem Ösophago(Tracheo)skop bemerke ich, daß die Gefährlichkeit dieses Eingriffs mir wohlbekannt ist. Doch wurde einerseits nur die untere Tracheoskopie gemacht, und ist nach der ersten Ösophagoskopie keinerlei Reaktion aufgetreten; bei der zweiten handelte es sich mehr um eine Hypopharyngoskopie, da der Befund ein weiteres Verschieben des Rohres von selbst verboten hat. Eine Schädigung der Pat. halte ich bei vorsichtigem Untersuchen für nicht gut möglich, und haben sich bei der Frau faktisch auch keine Nachteile gezeigt.

IV. Hr. G. Hofer: 1. **Carcinom der Zungenbasis.** Der Pat. spürt seit 6 Monaten Schluckbeschwerden. Die Untersuchung ergab einen exulcerierten Tumor vom Lig. glossoepiglottic. medial. bis an das Foramen coecum reichend. Ursprünglich wollte Vortragender die Exstirpation der Zunge vornehmen, jedoch ließ der ungünstige interne Befund (Myodegeneration) sowie die Weigerung des Pat., einen radikalen Eingriff vornehmen zu lassen, nur eine Radiumbehandlung als durchführbar erscheinen. Es wurde nach vorausgegangener Drüsenausräumung beiderseits (Unterspeicheldrüsen und Drüsen entlang des Sternocleidomastoideus) und nach Unterbindung der Art. linguales 14 Tage nachher oberhalb des Os hyoides durch den Musc. hyoglossus hindurch ein Radiumträger, Dominici mit 28 *mg* Radiumbariumsulfat armiert, an und in den Tumor eingelegt. Nach Bestrahlung durch 3mal 24 Stunden sehen Sie, m. H., den Pat. jetzt. Der Tumor erscheint wesentlich alteriert, wie weit die Wirkung geht, läßt sich gegenwärtig natürlich noch nicht ermessen.

Aussprache:

Hr. Hirsch: Die Exstirpation der Drüsen vor Beginn der Radiumbehandlung eines Carcinoms halte ich für rationell. Dagegen erscheint mir die zweite Operation, die Herr Dr. Hofer zu dem Zwecke unternommen hat, um das Radiumpräparat an den Zungengrund zu bringen und es dort längere Zeit zu belassen, vermeidbar, wenn man sich der passenden Radiumträger bedient. Die Radiumbehandlung der Neubildungen im Bereiche der Mund- und Rachenhöhle scheiterte bisher vorwiegend daran, daß es nicht gelang, das Radiumpräparat in einer für den Patienten erträglichen Weise an den Tumor heranzubringen und daselbst durch längere Zeit zu fixieren. Ich habe schon vor ca. 3 Jahren mit Herrn Dozenten Dr. Bruno Klein vom zahnärztlichen Universitätsinstitut einen Radiumträger konstruiert, den ich ursprünglich zur Behandlung von Hypophysentumoren bei solchen Patienten verwendete, die nach Schloffer operiert worden waren und bei denen wegen Fehlens des Naseninnern ein Radiumpräparat schwer Halt fand. Dieser Radiumträger besteht hauptsächlich aus einer Zahnprothese, an welcher ein Metallstäbchen angeschraubt ist, das nach rechts und links drehbar ist und überdies verlängert werden kann.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dieser Träger wird von den Patienten sehr gut vertragen. Ich konnte Radiumpräparate 12 Stunden und auch darüber einwirken lassen. Diese Methode hat gegenüber der operativen auch noch den Vorzug, daß sie die Anlegung des Radiums beliebig oft gestattet. Ich werde mir erlauben, in der nächsten Sitzung diese Träger zu demonstrieren.

Hr. Marschik: An unserer Klinik wurden eine Reihe von Carcinomen der Zunge mit Radium bestrahlt, aber die Resultate sind nicht ermutigend; vielleicht deshalb, weil anfangs die Dosen zu schwach waren. Aber schon Hofers Fall zeigt, daß die Tumoren an verschiedenen Gegenden des Rachens und solche an gleicher Stelle sehr verschieden reagieren. Wie ich schon 1914 am Laryngologentag in Kiel betonte, ist es notwendig, daß von jedem Tumor eine ausgiebige Probeexcision und histologische Untersuchung gemacht wird, welche die Art des Tumors bis in die feinsten Einzelheiten aufklärt; es gibt eben Unterschiede zwischen Carcinom und Carcinom! Im Rachen kommen Carcinome vor, welche langsam fortschreiten und keine Drüsentumoren machen und die dem Ulcus rodens der Haut gleichzusetzen sind. Solche Patienten sind auch eigenartig labil; zwei solche Fälle sind im Anschluß an die Radikaloperation gestorben, ohne an einer tödlichen Komplikation erkrankt zu sein. Es ist zu hoffen, daß sich auf Grund des histologischen Befundes gewisse Richtlinien ergeben werden.

Hr. Hajek: Die von Hirsch angegebene Prothese hat sich besonders bei Carcinomen der Tonsillen gut bewährt; auch Pichler hat eine ähnliche Prothese für die Tonsillen konstruiert. Da der Radiumträger unbeweglich ist, fällt die Reizwirkung fort, und waren die Erfolge gute.

2. **Angiofibrom der rechten Nase.** Der Tumor füllt die ganze rechte Nase und einen großen Teil des Epipharynx aus und führte zur Protrusio bulbi dextri. Zweck der Demonstration ist, den Pat., der durch den Tumor in wirklich unerträglicher Weise leidet und auf Abhilfe dringt, vor einem beabsichtigten operativen Eingriff zu zeigen. Bei dem jugendlichen Pat. (16 Jahre) ist gewiß auf eine spontane Verkleinerung des Tumors zu rechnen, aber die Beschwerden sind, wie gesagt, recht groß. Zudem sind unsere Erfahrungen an der Klinik an einem Materiale von bisher etwa 30 Fällen von solchen Angiofibromen mit dem seinerzeit viel geübten therapeutischen Vorgehen der Elektrolyse und später der auch sehr intensiven Radiumbestrahlung recht wenig befriedigende, so daß wir in der letzten Zeit auch bei gefäßreichen Tumoren das operative Verfahren vorziehen. Es soll, wie Vortragender ausdrücklich betont, die Denkersche Operation versucht werden.

Aussprache:

Hr. Marschik: Die Methode der Klinik ist die Operation, da die anderen Methoden nicht das gehalten haben, was sie versprachen. Schließlich sind den konservativen Methoden mit Rücksicht auf die lange Behandlungsdauer durch die Komplikationen rasch wachsender Tumoren auch Grenzen gesetzt!

Hr. Hajek: Mit den Ausführungen Marschiks kann ich mich nicht einverstanden erklären. Bei Angiofibromen ist die Operation immer eine riskante Sache. Mit Elektrolyse in starken Strömen und bis 6monatlicher Behandlungsdauer kommt es zu einer Schrumpfung des Tumors.

Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Da diese Tumoren nach der Pubertät zurückgehen, genügt es, das Wachsen des Tumors aufzuhalten. Schon Voltolini berichtete darüber.

Hr. Weil möchte gleichfalls einen vorherigen Versuch mit Elektrolyse empfehlen. Er hat damit 2 schwere Fälle vor Jahren dauernd geheilt; einer hatte die dritte Rezidive nach Operation, der andere war von Wiener und Budapester Autoritäten mit letaler Prognose als inoperabel abgelehnt worden. Dieser erforderte ca. 120 Sitzungen (im Verlaufe von 6—7 Monaten) mit möglichst starken Strömen (30 MA und darüber), teils unipolar negativ, teils mit der Doppelnadel. Man muß möglichst nahe der Schädelbasis einstechen, um rasche Verödung der ernährenden Gefäße zu erzielen. Einmal trat nekrotische Abstoßung eines großen Tumorstückes ein, wonach die Nasenatmung frei und die Tube sichtbar wurde.

Hr. Hofer (Schlußwort): Zu den Ausführungen des Herrn Hirsch möchte ich bemerken, daß ein Bedarf nach solchen Radiumträgern für die Regionen des Mundes, Rachens, der Tonsillen etc. gewiß als geradezu dringend bezeichnet werden muß: von Trägern, die das Festhalten durch den Patienten unnötig machen. Für Tumoren am Zungengrund, wie bei diesem Pat. hier, wird das direkte Eintragen des Radiums bei dem Tiefenwachstum des Tumors in das Neoplasma selbst sicherlich von größerer Wirkung sein. Dieses Eintragen ist, da die Fistel offen bleibt und sich reichlich Sekret entleert, auch mehrmals möglich, wie man sich durch Sondierung mit der Kornzange bei dem Pat. leicht überzeugen kann.

Aus den Sitzungen der polnischen ärztlichen Vereine im Jahre 1916 bis 1917.

Warschauer ärztlicher Verein.

Bartkiewicz (Zawiescie) trägt vor: Untersuchungen über **Carcinom der Unterlippen,** mit Demonstration mikroskopischer Präparate, von Zeichnungen und Photographien. Die Beobachtungen betreffen 21 Fälle von Carcinom der unteren oder der oberen Lippe, die von Redner operiert worden sind, mit bösartigem Verlauf und häufigen Rezidiven. Bartkiewicz unterscheidet im Verlaufe dieser Krankheit 4 Perioden. In der ersten entwickelt sich der Krebs im subepithelialen Gewebe, in der zweiten in den Muskeln, in der dritten in der Schleimhaut, in der vierten in den benachbarten Geweben. Im Laufe der Zeit verhornen alle Gewebe. In einem Falle wucherte die Neubildung aus dem Schleimhautepithel, in den anderen aus dem Lippenrot, und zwar in Gestalt eines circumscripten Tumors, oder in diffuser Form fast auf der ganzen Oberfläche der Lippe oder in Form einiger unabhängiger Herde. Bei der Beschreibung der histologischen Veränderungen macht Redner aufmerksam auf die Hyperplasien in der Umgebung, aus denen nach der Operation die Neubildungen regenerieren können und die daher während der Operation entfernt werden müssen. Um den Neubildungstumor bestehen immer kleinzellige Infiltrate in verschiedener Menge. In den meisten Fällen hyperplasiert das Bindegewebe, selten unterliegt es der Homogenisation. Die beschriebene Erscheinung wird auch in entzündlichen Zuständen angetroffen, doch wird es vielleicht in Zukunft

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gelingen, spezifische Erscheinungen für Krebs aufzufinden. Gegenwärtig kann man schließen, daß eine Abhängigkeit zwischen der Vitalität der Krebszellen und den Veränderungen in ihrer Umgebung besteht, da um die Herde im Entwicklungszustand eine entzündliche Reaktion, um die absterbenden Herde Granulationsgewebe beobachtet wird.

Z. Dobrowolski stellt einen Fall mit **Pharynxgumma infolge von Syphilis congenitalis** vor, betreffend ein 15jähriges Mädchen, welches sich mit fötidem Nasenkatarrh und erschwertem Schlucken vorstellte. Im Rachen fand sich ein großer, den Raum von den Tubenmündungen bis zum Kehlkopf einnehmender Tumor im Zustande des Verfalls.

Grudzinski demonstriert eine Reihe von Röntgenogrammen aus dem Gebiete der **Radiographie der Nasennebenhöhlen.** Zu genauerem Nachweise der Veränderungen in der Verdunkelung der rechten und linken Nebenhöhlen eignen sich die sagittalen Aufnahmen in der Richtung vornhinten, und zwar für jede Nebenhöhle gesondert. Die Richtung muß so gewählt werden, daß die Schädelbasis umgangen wird, deren starker Schatten die Gegend der Nebenhöhlen verdecken kann. Die Röntgenogramme zeigen sogar feine Unterschiede in der Beschattung der Nebenhöhlen, ohne jedoch die Ursache dieser Beschattung aufzuklären, die in der Anwesenheit einer serösen, schleimigen oder eitrigen Flüssigkeit oder einer Neubildung liegen kann.

Lubelski stellt vor: 1. einen 17jährigen Pat., bei dem er vor 2 Jahren **einen Tumor (Sarkom) aus der Nasenrachenhöhle** nach der Methode von Bruns mit Abziehung der ganzen Nase und Unterbindung der Carotis externa entfernt hat. 2. Einen 50jährigen Pat., bei dem im Jahre 1914 **wegen Carcinom der Nase und des Gesichts** eine plastische Operation ausgeführt worden war. Gegenwärtig wurde wegen Rezidiv von der linken Seite die Hälfte der Nase, der Nasenmuscheln, das Siebbein mit der Lamina ethmoidalis (Dura mater sichtbar), die vordere Wand des Oberkiefers, der Augapfel und der ganze Inhalt der Orbita abgetragen. 3. Eine Pat., bei der vor 7 Jahren **eine plastische Operation der ganzen Nase wegen Lupus** ausgeführt worden war. In der ersten Sitzung wurden die kranken Gewebe ausgeschnitten und mit dem Paquelin kauterisiert, in der zweiten wurde ein gestielter Hautlappen ohne Schleimhaut aus dem mittleren Teil der Oberlippe ausgeschnitten, nach oben umgeschlagen und an den oberen Rand der pyriformen Öffnung angenäht und auf der Brücke wurde ein aus der Stirne genommener gestielter Hautlappen aufgelegt; gegenwärtig, nach 7 Jahren, unterscheidet sich die Nase nicht von einer normalen. 4. Eine Reihe **Photographien von Kranken,** an denen wegen Nasensyphilis, Nasenkrebs und Wangennoma **plastische Operationen** ausgeführt worden sind; der Defekt an der Wange wurde durch einen von der Hand genommenen Lappen (italienische Methode) ausgefüllt.

Kmita stellt eine 36jährige Pat. einen Monat nach der Operation **(Laryngofissur)** vor, welche wegen **Larynxkrebs** vorgenommen worden war, welcher fast das ganze rechte wahre Stimmband eingenommen und durch die Kommissur auf ein Drittel des linken Stimmbandes übergegriffen hatte.

Aussprache.

Zum Fall von Sarkom der Nasenrachenhöhle rät Rogozinski zur Anwendung der Äthernarkose durch den Mastdarm.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Pieniazek empfiehlt nach der Operation solcher Neubildungen die Anwendung von Radiumbeleuchtung zur Vermeidung häufiger Rezidiven.

Szmarto betont, daß Tumoren in der Nasenrachenhöhle den Charakter von Fibromen oder Sarkomen haben. Man kann operieren nach der Methode von Preysing oder nach Denker von der Highmorshöhle aus, in einem seiner Fälle hat er Elektrolyse mit gutem Erfolge angewandt.

Erbrich macht auf die Unterbindung der Carotis externa aufmerksam, die vermieden werden soll, da sie Veränderungen im Gehirn verursachen kann.

Meyerson teilt die „Polypen" der Nasenrachenhöhle in gutartige und maligne; erstere sind gewöhnlich weich und bluten nicht übermäßig, letztere sind hart und bluten stark bei der geringsten Berührung. Erstere können mit der gewöhnlichen Schlinge operiert werden, letztere müssen chirurgisch behandelt werden, doch kann man sie auch mit Radium und Elektrolyse behandeln.

Sinolecki erwähnt, daß er in einem Fall beiderseitiger Eröffnung der Highmorshöhle rektale Narkose (50,0 Äther + 100,0 Öl) nach vorausgegangener subcutaner Applikation von $^1/_3$ *g* (?!) Morphium angewendet und Halbnarkose (Pat. konnte expektorieren) erreicht hat.

Schmarlo betont, daß bei der Anwendung von Radium größere Dosen anzuwenden sind, da kleinere schädlich wirken können, durch Anregung der Neubildungen zur Proliferation. Bei uns fehlt es an genügender Menge von Radium und behufs Ankauf desselben für sämtliche Spitäler sollte ein Subsidium seitens der Stadt angestrebt werden.

Rogozinski stellt einen 56jährigen Schuster vor, welcher über seit 3 Wochen bestehende Einschränkung der Beweglichkeit der Zunge und Schmerzen an der Zungenspitze klagt. Bei der Untersuchung findet man an den vorderen $^2/_3$ der Zunge dicht am Boden der Mundhöhle einen tiefen, von unter dem Kinn nicht fühlbaren Tumor der Zunge. Die submaxillaren Halsdrüsen sind beiderseits vergrößert, hart, nicht schmerzhaft. Lues negiert. Die Diagnose lautet: **Epitheliom der Zunge;** der Ausgangspunkt wird wahrscheinlich von der Glandula sublingualis gebildet.

Aussprache.

Erbrich hebt als ungewöhnlichen Charakter des demonstrierten Falles den Umstand hervor, daß man es hier mit einem **Neoplasma submucosum** zu tun hat.

Szumlanski empfiehlt die Anwendung einer Behandlung **ex juvantibus,** um mit Sicherheit Gumma ausschließen zu können.

Meyerson führt eigene Beobachtungen von Zungentumoren an, welche auf dem Boden von **Leukoplakia linguae** und von **Caries dentium** entstanden sind.

Pieniazek bemerkt, daß im gegebenen Fall Leukoplakia den Ausgangspunkt des Tumors bilden kann und ihre Spuren an der unteren seitlichen linken Zungenoberfläche sichtbar sind. Ferner hebt Pieniazek die Bösartigkeit hervor, indem sogar radikale Operation Rezidiven nicht vorbeugen kann.

Meyerson demonstriert **mikroskopische Präparate von einem tuberkulösen Tumor der Nasenscheidewand.** Der Fall betrifft eine 15jährige Pat. In den Lungen keine Veränderung. Pat. hustet nicht, fiebert nicht.

Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Vor 6 Jahren hat sie Caries der Fingerknochen, vor 2 Jahren Caries des großen Daumens durchgemacht; der operativ entfernte Teil des Knochens zeigte mikroskopisch Tuberkulose. Vor $^1/_2$ Jahr begann Pat. über Verstopfung der Nase zu klagen. Bei der Untersuchung fand sich links am Septum ein 2 *cm* langer, $1^1/_2$ *cm* breiter Tumor. An der entsprechenden Stelle der anderen Seite des Septums ein von wuchernden Granulationen umgebenes Ulcus. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge abgetragen, die Ulceration auf der anderen Seite mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Es ergab sich, daß der entsprechende Teil des Septums zerstört war und im postoperativen Verlauf ist im Septum eine Öffnung mit geheilten Rändern zurückgeblieben.

Aussprache.

Erbrich betont die Schwierigkeit der Diagnose von Nasentuberkulose auf dem Wege der mikroskopischen Untersuchung, wie er sich davon an einem eigenen, vor 2 Jahren beobachteten Fall überzeugen konnte. Die mikroskopischen Präparate gaben ein dem von Meyerson demonstrierten Fall ähnliches Bild. Nach 6 Monaten änderte sich das Bild, der Tumor erwies sich syphilitischer Herkunft, Wassermannreaktion fiel positiv aus.

Aus dem Warschauer otolaryngologischen Verein.

Hertz Manycz stellt einen Fall von **Carcinom der Kieferhöhle** bei einem 57jährigen Mann vor, welcher das erste Mal vor 2 Jahren sich an den Arzt wegen Verstopfung der linken Nasenhöhle wandte. Damals wurde aus der Nase ein Tumor entfernt, dessen pathologisch-anatomische Diagnose **Polypus teleangiectodes** lautete. Hertz Manycz hat den Kranken das erste Mal vor 8 Monaten, mit deutlichen Erscheinungen eines malignen Tumors in der Kieferhöhle, Vorwölbung des Oberkiefers und Vergrößerung der Hals- und der submaxillaren Drüsen gesehen. Die radiographische Aufnahme ergab Affektion der ganzen linken Kieferhöhle, die Probepunktion förderte eine blutig-eitrige Flüssigkeit zutage, in welcher Flocken einer Neubildungsmasse herumschwammen. Die von Kollegen Lepiski ausgeführte mikroskopische Untersuchung stellte jedoch den gutartigen Charakter des Tumors fest. Mit Rücksicht auf dieses Resultat der pathologisch-anatomischen Untersuchung wurde vorläufig von einem radikalen operativen Eingriff abgesehen. Als jedoch nach einer gewissen Zeit Zeichen der Malignität des Tumors immer deutlicher aufzutreten begannen und der Tumor durch den Alveolarfortsatz und den harten Gaumen aus der Kieferhöhle nach außen gelangte, wurde von Kollegen Krause die Abtragung des Oberkiefers vorgenommen. Der darauf mikroskopisch untersuchte Tumor erwies sich als eine krebsige Neubildung.

Aussprache.

Sinolecki drückt Zweifel über den Ausgangspunkt der Neubildung aus; er könnte nicht mit aller Bestimmtheit behaupten, daß der Ausgangspunkt die Highmorshöhle wäre.

Dobrowolski ist der Ansicht, daß die Neubildung von der Kieferhöhle ausging, und schlägt eine neuerliche mikroskopische Untersuchung des Tumors vor, da Sarkom nicht ausgeschlossen werden kann. In bezug

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf die Möglichkeit von Rezidiven muß man mit der Prognose vorsichtig sein.

Lubliner hält Rezidiven sensu strictiori für nicht wahrscheinlich. Was die Schwellungen an der Wange betrifft, sind sie bei allen Eingriffen in dieser Gegend charakteristisch. Die blutig getrübte Flüssigkeit ist ein Beweis, daß hier gleichzeitig ein Empyem der Highmorshöhle bestanden hat.

Zamenhof ist der Ansicht, daß die von Hertz angeführten Daten nicht dazu berechtigen, den Ausgang der Neubildung von der Kieferhöhle mit Entschiedenheit zu behaupten. Dagegen spricht die Anamnese, aus der hervorgeht, daß dem Pat. vor 2 Jahren wegen Nasenverstopfung ein Tumor aus der linken Nasenhöhle entfernt worden ist. Aus dieser Neubildung hat sich wahrscheinlich sekundär ein Carcinom entwickelt, welches in die Kieferhöhle hineinwucherte. Was den Charakter des Tumors selbst betrifft, so ist zwar kein Grund vorhanden, das Bestehen eines Carcinoms hier zu bezweifeln, doch ist mit Rücksicht auf die Anamnese auch die Möglichkeit einer Mischgeschwulst nicht ausgeschlossen.

Srebrny meint, daß der Ausgangspunkt des Tumors hier die Schleimhaut der Highmorshöhle war. Wäre der Tumor von der Nase ausgegangen und von da in die Kieferhöhle hineingewachsen, so wäre die Nasenhöhle von der Neubildung ausgefüllt, während hier 2 Jahre nach Entfernung der Polypen in der Nase nichts gefunden wurde, während hingegen die Highmorshöhle von dem Tumor ausgefüllt war. Das Hineinwachsen der Neubildung in die Nase erklärt uns das Resultat der ersten mikroskopischen Untersuchung; es ist bekannt, daß bösartige Neubildungen oft sekundäre Auswüchse von gutartigem Charakter bilden. Eben ein solcher Auswuchs war jener vaskularisierte Polyp, welcher in der ersten Phase der Krankheit gefunden wurde. Für eine maligne Neubildung sprechen, trotz des negativen Resultates der ersten pathologisch-anatomischen Untersuchung: die Auftreibung des Kiefers und die Drüsenschwellung; gegen eine maligne Neubildung sprach der Mangel von Schmerzen, welche gewöhnlich bösartige Neubildungen dieser Gegend untrennbar begleiten. Mit Rücksicht auf den aus diesen widersprechenden Daten entspringenden Zweifel hat Srebrny bei der Beratung die Eröffnung des Sinus und die mikroskopische Untersuchung des aus demselben entfernten mutmaßlichen Tumors vorgeschlagen. Schließlich spricht Srebrny von den Röntgenogrammen als von einer häufigen Quelle diagnostischer Fehler in Fällen von pathologischen Prozessen der Kieferhöhle.

Hertz ist der Ansicht, daß jegliche Zweifel über die Lokalisation der Neubildung durch die pathologisch-anatomische Untersuchung des entfernten Oberkiefers beseitigt werden, welche deutlich bestätigten, daß der Tumor ausschließlich in der Kieferhöhle gesessen ist.

Aus den Sitzungen des Lemberger ärztlichen Vereins.

Warchel stellt vor einen 47jährigen Mann mit **Scleroma nasi.** Die Nase bedeutend vergrößert, knotig, hart, beide Nasengänge verstopft. Von der linken Nasenöffnung ragt ein Knoten hervor, der in breiter Fläche mit der Oberlippe verwachsen ist und über derselben herunterhängt. Am weichen Gaumen, an den Gaumenbögen und an der hinteren Rachenwand charakteristische Veränderungen. — Die mikroskopische Untersuchung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines Knotenstückchens ergab für Sklerom charakteristische Struktur. Der Knoten wurde abgetragen, die ganze Nasenhöhle ausgelöffelt und gründlich mit dem Paquelin kauterisiert. Pat. hat nun fast normale Nasenform wieder erlangt, atmet leicht durch die Nase und spricht deutlich.

Aus den Sitzungen des ärztlichen Vereins des Lubliner Bezirkes.

Zebrowski hält einen Vortrag unter dem Titel: **Einige Bemerkungen über die Incision von Peritonsillarabscessen,** in welchen er auf die Fehler aufmerksam macht, die bei der Durchschneidung dieser Abscesse beobachtet wurden, und demonstriert Instrumente, welche eine weite Eröffnung des Eiterherdes erleichtern.

Borsakiewicz stellt aus dem Ambulatorium des Kinderspitals einen Fall von **Parotitis gangraenosa** vor, 10 Tage nach überstandenen Masern. Auf Grund eigener Beobachtung und solcher aus der Literatur betrachtet Borsakiewicz diese Krankheit als eine äußerst seltene Komplikation der Masern.

Aussprache.

Jasinski und Cynberg führen Fälle von Gangrän an, die sie im Verlaufe von Abdominaltyphus gesehen haben.

Majewski betrachtet diese Krankheit als ein Symptom allgemeiner Infektion.

Dziembski glaubt im Gegenteil, daß sämtliche mit starker Austrocknung der Mundhöhle einhergehende Prozesse Komplikationen in der Parotis ohne Erscheinungen einer allgemeinen Infektion verursachen können.

Dobrucki schließt sich dieser letzteren Ansicht an.

Aus den klinischen Sitzungen der Warschauer Spitäler.

Lipski und Kijewski: Bei einem 32jährigen Pat. wurde **Struma colloideum** diagnostiziert. Bei der ersten Operation wurde der größere Teil des Kropfes abgetragen (die Untersuchung ergab einen malignen Prozeß); bei der zweiten Operation 2 Monate später fand man einen Tumor im Mediastinum; bei der Sektion wurden zahlreiche Metastasen in den Lungen, in der Pleura und im Herzmuskel nachgewiesen.

Tryjarski demonstriert 1. einen 15jährigen Schüler, bei dem er ein fast **vollständig quer gestelltes Nasenseptum,** welches eine fast vollständige Unwegsamkeit der Nase, ständigen Katarrh und vorübergehende Gehörsschwäche verursacht hatte, nach der Methode Krieg-Killian mit vollkommen günstigem Erfolge entfernt hat, 2. einen 32jährigen Pat., bei welchem in dem der Tonsille entnommenen Belag zahlreiche spindelförmige Stäbchen und weniger zahlreiche Spirillen bei übrigens unbedeutenden subjektiven Beschwerden gefunden worden sind und die Diagnose auf **Angina Vincenti** gestellt worden ist.

In der Aussprache wurde von mehreren Kollegen der Verdacht auf einen syphilitischen Prozeß ausgedrückt.

Laude stellt eine 18jährige Pat. vor, bei welcher er auf Grund folgender, seit einigen Monaten dauernder Erscheinungen einen **Tumor**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im hinteren Teil der Hypophysis cerebralis diagnostiziert: eine gewisse Fettleibigkeit, eine gewisse Mikromelie der Extremitäten, Atrophie der Geschlechtsorgane, Atrophie der Sehnerven, Erweiterung und Atrophie des Türkensattels (Röntgenogramm). Redner bespricht kurz die Symptomatologie dieser Krankheit, die bei derselben angewandten Operationsmethoden und erachtet mit Rücksicht auf den vollständigen Verlust der Sehkraft, auf den verhältnismäßig guten Allgemeinzustand der Pat. und der Schwere eines in Betracht kommenden Eingriffes ein operatives Vorgehen in diesem Fall für überflüssig.

Tryjarski teilt mit, daß der wegen **Angina Vincenti** in der vorigen Sitzung vorgestellte Pat. nicht bewogen werden konnte, sein Blut auf Wassermannsche Reaktion untersuchen zu lassen, daß aber der weitere Verlauf der Krankheit Syphilis auszuschließen gestattet.

Chelmonski hat mit Hilfe der Röntgenoskopie bei 11 verschiedenen Kranken während des Schlingens von Wismutbrei eigentümliche Störungen konstatiert, die als Atonie bezeichnet werden. Normal nimmt der Wismutbrei die Form einer fingerdicken Säule an, durchlauft den Oesophagus in 10—12 Sekunden, während er in der Atonie einen einige Minuten anhaltenden Streifen bildet. Redner kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Die **Oesophagusatonie** ist ein verschiedenartige Leiden begleitender Zustand und kommt, besonders in überwuchertem Gewebe, sehr oft vor. 2. Die Atonie verläuft gewöhnlich ohne Beschwerden und ist deshalb den Klinikern wenig bekannt, 3. in Fällen von Atonie kann man sehr oft (10mal unter 11 Fällen) Symptome von Hysterie konstatieren, 4. selbst in solchen Fällen, in denen keine Symptome von Hysterie bestehen, kann man die Atonie als monosymptomatisches Stigma von Hysterie betrachten.

Aussprache.

Grudzinski unterscheidet Fälle ohne subjektive Symptome (wie die oben erwähnten) und solche mit schweren klinischen Symptomen (Verschlucken und Widerwille gegen Aufnahme von Speisen aus Furcht vor Verschlucken), welche von der Lähmung des Oesophagus infektiöser oder organisch-nervöser Natur abhängig sind.

Pulawski: Außer Hysterie können noch andere Zustände (z. B. Herzhypertrophie) manchmal die Ursache erschwerten Schlingens bilden.

Gajkiewicz sieht in den entsprechenden Beobachtungen entweder Atonie (Lähmung) oder Hypertonie (der Fälle von Chelmonski) oder endlich eine mechanische Störung.

Tryjarski demonstriert eine Pat. mit **Nasensyphilis.** Wassermannsche Reaktion negativ, die ultra-mikroskopische positiv. Die spezifische Behandlung gab eine vollständig spezifische Wirkung.

Szreder demonstriert das Präparat einer **Perichondritis des Ringknorpels** nach Flecktyphus mit letalem Ausgang durch Erstickung. Die Autopsie ergab eine eitrige Entzündung des hinteren Perichondriums des Ringknorpels, Laminae cartil. cricoideae. Sehr viel Eiter, der nekrotische Knorpel selbst vom Perichondrium losgelöst. Dieser Fall ist als eine septische posttyphöse Erscheinung anzusehen. Spira.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Referate.

I. Allgemeines.

Über Tuberkulose und Basedow-Symptome. Von Warnecke. (Zschr. f. Tbc. 28. H. 2. S. 81.)

Nach Warnecke bestehen zwischen Tuberkulose und Basedow — vielleicht auch der Struma simplex — wechselseitige Beziehungen. Aber nicht alle nervösen Erscheinungen aus der Basedow-Symptomgruppe, die sich bei einer Reihe von Lungenkranken nachweisen lassen, dürfen als rein thyreotoxischen Ursprungs aufgefaßt werden. Dagegen scheint vor allem der negative Ausfall der Adrenalinprobe nach H. Curschmann zu sprechen (maximale Pupillenerweiterung mit gleichzeitiger Abnahme oder Fehlen der Konvergenzverengerung bei erhaltener Lichtreaktion). Die Beobachtung der Symptomenbilder und der Vergleich mit anderen Krankheitsgruppen macht es wahrscheinlich, daß es sich um Störungen der inneren Sekretion handelt. Das tuberkulöse Toxin könnte eine schädigende Wirkung auf die Blutgefäßdrüsen ausüben. Bei dem innigen Konnex der Drüsen mit der inneren Sekretion untereinander und zu dem vegetativen Nervensystem sind die Reizzustände gewisser Nervenabschnitte erklärlich. Es bleibt daneben die Möglichkeit einer direkten Beeinflussung des Nervensystems durch das Gift des Tuberkelbacillus bestehen. Erscheinungen, die auf eine Dysfunktion der Blutgefäßdrüsen hinweisen, finden sich — abgesehen von der Schilddrüse — im Bereich des Pankreas, der Nebennieren, der Keimdrüsen und vorzugsweise des lymphatischen Apparates. Zu denken ist hier an die Hypertrophie der Lymphdrüsen, des lymphoiden Gewebes und an die Lymphocytose. Die Tatsache, daß die nervösen Erscheinungen fast ausschließlich bei initialen, relativ gutartigen Fällen sich finden, bleibt nach Warnecke eine offene Frage. Im Text der exakten Arbeit Angabe der einschlägigen Literatur. Vollbracht, Wien.

II. Nase und Nebenhöhlen.

Neuritis retrobulbaris und Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Ein Beitrag zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der Neuritis retrobulbaris. Von Geh.-Medizinalrat Prof. Dr. Stenger, Direktor der Universitäts-Ohrenklinik in Königsberg in Preußen. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. s. d. angr. Geb. 102. H. 3/4.)

Der Autor weist darauf hin, daß nicht die ursprüngliche Nasenerkrankung unmittelbar, sondern deren besondere Weiterentwicklung im Nebenhöhlensystem als Ursache der Opticuskomplikation anzusehen ist. In den vom Verfasser beobachteten Fällen zeigte sich in charakteristischer Weise eine auffallende Verlagerung im Bereiche des mittleren Nasenganges, und zwar ist diese dadurch bedingt, daß die mittlere Muschel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„zurückverlagert" erscheint. Die mittlere Muschel selbst erscheint klein und ihre Besichtigung ist durch eine stark ausgebildete untere Muschel oder meist durch einen vorspringenden Septumwulst bzw. völlige Septumdeviation erschwert. Bei näherer Untersuchung liegt die mittlere Muschel lateral der Bulla ethmoidalis mehr oder weniger an. Postrhinoskopisch erscheint die betreffende Choane spaltförmig verengt und niedriger als die der anderen Seite. Ferner kann die Verengerung des mittleren Nasenganges durch die abnorme Ausbildung der mittleren Muschel in Form einer Knochenblase verursacht sein. Dann ist der mittlere Nasengang an sich sehr weit, die voluminöse mittlere Muschel füllt den Nasengang aus.

In einer dritten Form erscheint der mittlere Nasengang durch die abnorme Ausbildung der Bulla ethmoidalis verengt. Die mittlere Muschel wird hiebei so verlagert, daß sie kaum als selbständiger Teil zu erkennen ist.

Solche Fälle können, auch ohne daß in der Nase eitrige oder akut entzündliche Prozesse nachweisbar sein sollten, eine Neuritis retrobulbaris verursachen.

18 Fälle illustrieren die Ausführungen des Verfassers.

Ernst Urbantschitsch.

Personalien.

Gestorben: Dr. Daniel Kaufmann in Wien, der langjährige verdienstvolle Kassier der Österreichischen otologischen Gesellschaft, nach monatelangem schweren Leiden im Alter von 54 Jahren am 11. Mai 1919.

Ernannt: Der a. o. Professor und Direktor der Hals- und Nasenklinik in Freiburg Dr. Otto Kahler zum ordentlichen Professor und ihm zugleich die Vertretung der Ohrenheilkunde und die Leitung der Ohrenklinik daselbst übertragen. — Der a. o. Professor der Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie in Heidelberg W. Kümmel zum ordentlichen Professor.

Gewählt: Der Vertreter der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde Geheimrat Prof. Denker in Halle zum Rektor.

Gefallen: Der Priv.-Doz. für Ohren- und Nasenkrankheiten Dr. Rudolf Hoffmann, der bei der Versorgung eines Verwundeten anläßlich der Kämpfe bei der Einnahme der Stadt München durch die Regierungstruppen von Spartakisten angegriffen, verfolgt und niedergeschossen wurde.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. K. M. Menzel-Wien: Über ein gehäuftes Auftreten der Rhinitis vasomotorica . 353
Dr. Franz Vollbracht-Wien: Über intravenöse Calciumtherapie 356

Vereinsberichte

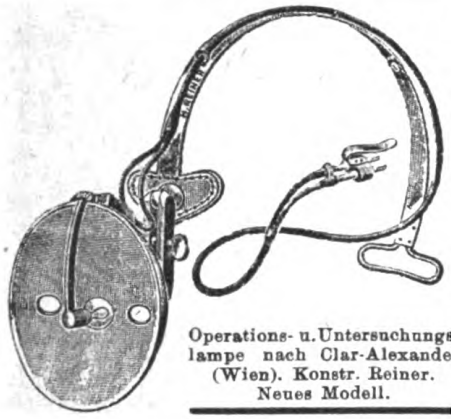
Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sitzung vom 2. April 1919 359
Aus den Sitzungen der polnischen ärztlichen Vereine im Jahre 1916 bis 1917 . . 368

Referate

I. Allgemeines 375
II. Nase und Nebenhöhlen 375

Personalien

Gestorben. — Ernannt. — Gewählt. — Gefallen 376



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien
Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.
Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.
•• **Neueste Konstruktionen.** ••
•••• Man verlange Spezialofferte. ••••

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen

Von Prof. Dr. **Th. Brugsch**-Berlin — Mit 13 Textabbildungen

M 24.— = K 36.— + 20% Teuerungszuschlag,
gebunden M 26.— = K 39.— + 30% Teuerungszuschlag.

Der in Ärzte- und Klinikerkreisen hochgeschätzte Verfasser behandelt in dieser neuen »Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen« auf Grund eigener Erfahrungen zum ersten Male die konstitutionellen Krankheiten von dem einheitlichen Gesichtspunkte einer individuellen Beurteilung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

SUPRARENIN

(o-Dioxyphenyläthanolmethylamin)

Mächtiges

Adstringens Hämostatikum Kardiotonikum

Eigenschaften:

Chemisch rein, gut haltbar, zuverlässig, konstant wirksam.

Indikationen und Dosierung:

INJEKTIONEN: Zusatz zu Lokalanästheticis; Blutungen, toxische Blutdrucksenkung, Kollaps, Asthma, Osteomalazie usw.
0,05—1 ccm der Solutio 1:1000—10000.

INTERN: Interne Blutungen, bazilläre Dysenterie, Vomitus gravidarum, Pertussis, Urticaria usw.
1—4 ccm der Solutio 1:1000 bzw. 1—4 Tabletten zu 1 mg.

EXTERN: Lokale Blutungen und Entzündungen, Tubenkatarrh und blutende Mittelohrpolypen, Nebenhöhlenempyem, Epistaxis, Heufieber, Pruritus, Ekzeme. Bei Asthma als Inhalationsspray. Ferner zur diagnostischen Abschwellung.
1:1000—10000 als Lösung, Salbe, Schnupfpulver, Spray.

Originalpackungen:

LÖSUNG 1:1000. Flaschen mit 5, 10 u. 25 ccm. 10 Ampullen zu 0,5 bezw. 1 ccm.
TABLETTEN 1 mg. Röhrchen mit 20 Stück.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Soeben erschien:

Beiträge zur klinischen Ohrenheilkunde

Festschrift für
Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch-Wien
Von seinen Kollegen, Schülern und Freunden

Mit 86 zum Teil farbigen Textabbildungen und 11 Doppeltafeln sowie 1 Bildnis.
8°. 1919. M 40.— = K 72.—. (Für Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.—.) + 20% resp. 30% Teuerungszuschlag.

Eine Sammlung von Arbeiten erster Autoren als Festschrift veröffentlicht zur Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers, des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch in Wien.

Die hier zum ersten Male veröffentlichten Beiträge sind nicht nur für Ohrenärzte wichtig, sondern vermöge ihres Inhaltes für jeden praktischen Arzt von Interesse.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang. 6. Heft
(Juni)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b
WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919.

Monatlich erscheint 1 Heft

Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

☛ *Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr.* ***Ernst Urbantschitsch****, Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* ***H. Marschik****, Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis

Laryngo-Rhinologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. Ladislaus Onodi-Budapest: Die Beziehungen des Canalis Vidianus, des Nervus petrosus superficialis major und des Nervus petrosus profundus zur Keilbeinhöhle, sowie die der Fossa pterygopalatina und des Ganglion sphenopalatinum zu den Nebenhöhlen der Nase. (Mit 10 Figuren) 377

Vereinsberichte

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sitzung vom 7. Mai 1919 387
Österreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik. Sitzung am 1. April 1919 399

Referate

Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse 400

Chem. reine, säurefreie Wasserstoffsuperoxydlösungen
aus
PERHYDROL
sind empfohlen

zur **Desinfektion** und Blutstillung nach Operationen in Nase und Hals

zur **Prophylaxe** infektiöser Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle

zur **Behandlung** von eitriger Mittelohrentzündung und chronischem Ohrausfluß

zur **Entfernung** von Fremdkörpern aus dem Gehörgange.

Spezialliteratur über Perhydrol zur Verfügung.

E. MERCK, DARMSTADT.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 6. Heft.

Nachdruck verboten.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der rhino-laryngologischen Universitätsklinik in Budapest
(Direktor: ö. o. Prof. A. Onodi).

Die Beziehungen des Canalis Vidianus, des Nervus petrosus superficialis major und des Nervus petrosus profundus zur Keilbeinhöhle, sowie die der Fossa pterygopalatina und des Ganglion sphenopalatinum zu den Nebenhöhlen der Nase.

Von Dr. **Ladislaus Onodi**, Assistenzarzt der Universitätsklinik für Ohrenheilkunde in Budapest.

(Mit 10 Figuren.)

Das Verhältnis der Vidiankanäle zum Boden der Keilbeinhöhle wird von Zuckerkandl[1]) folgenderweise erwähnt: „Wenn der Sinus sich basalwärts stark ausgedehnt hat, dann treten hier zuweilen zwei sagittal gestellte Leisten auf und diese stellen die oberen Wandungen der Vidiankanäle dar. Diesfalls kann der Vidiannerv mit Leichtigkeit vom Sinus aus bloßgelegt werden." Diese leistenartigen Beziehungen der Vidiankanäle zum Boden der Keilbeinhöhle werden von Testut-Jakob[2]) in der 331. Figur an einem Frontalschnitt illustriert. Greenfield-Sluder[3]) erwähnt engere Beziehungen zwischen dem Vidiankanal und der Keilbeinhöhle und illustriert drei Präparate, ohne die von uns angeführten oberen Angaben zu berühren. Seine diesbezüglichen Bemerkungen sind folgende: „Eine Keilbeinhöhle, die sich nach unten erstreckt, nähert sich leicht dem Nervus Vidianus. In solchen Fällen ist es nicht selten, daß der obere Teil des Canalis pterygoideus (Vidii) gänzlich fehlt. Der Boden der Keilbeinhöhle kann ebenfalls unterhalb des Canalis pterygoideus (Vidii)

[1]) Anatomie der Nasenhöhle. Wien 1882.
[2]) Traité d'anatomie topographique. Paris 1895.
[3]) Arch. f. Laryng. 27.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegen, so daß der Kanal auf einer papierdünnen knöchernen Stütze durch die Keilbeinhöhle führt (Tafel XIV, Fig. 3). Hingegen kann auch der Kanal auf der einen Seite der unteren Wand geschützt sein und in der Keilbeinhöhle der anderen Seite des Schädels offen liegen (Tafel XIV, Fig. 4)."

In meiner Arbeit über die rhinogenen und otogenen Läsionen des Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus und Abducens[4]) erwähnte ich das Verhältnis der Keilbeinhöhle zum Canalis Vidianus an einem Knochenpräparat, in welchem der Nervus Vidianus verläuft. Dieses Präparat zeigte die Lage und den Verlauf des vorspringenden papierdünnen Canalis Vidianus am Boden der Keilbeinhöhle.

Wir haben zum Gegenstand einer Untersuchung die Beziehungen des Canalis Vidianus, des Nervus petrosus superficialis major und des Nervus petrosus profundus zur Keilbeinhöhle gemacht. Beide Nerven ziehen in einer gemeinschaftlichen Scheide durch den Canalis Vidianus. Der Canalis Vidianus oder der Canalis pterygoideus (V i d i i) zieht in sagittaler Richtung durch die Wurzel des Processus pterygoideus zur Fossa pterygopalatina, wo er medial und unter dem Foramen rotundum mündet. Der Canalis Vidianus kann in vielen Fällen in gar keinem Verhältnis stehen zur Keilbeinhöhle, verschieden starke Knochenschichten des Keilbeinkörpers können den Canalis Vidianus von der Keilbeinhöhle trennen. Dieses Formverhältnis illustrierten zwei Präparate an Frontalschnitten.

Es kann vorkommen, daß den Canalis Vidianus auf der einen Seite eine verschieden starke Knochenschicht von der Keilbeinhöhle trennt und auf der anderen Seite der Canalis Vidianus ein engeres Verhältnis zur Keilbeinhöhle aufweist. An einem Frontalschnitt ist der 3 *mm* weite rechte Canalis Vidianus ziemlich entfernt von der rechten Keilbeinhöhle und der 3 *mm* weite linke Canalis Vidianus verläuft flach durch eine sehr dünne Knochenwand bedeckt am Boden der linken Keilbeinhöhle. Das linke Foramen rotundum wird durch die durchscheinende dünne Wand der Keilbeinhöhle direkt begrenzt, während das rechte Foramen rotundum in gar keiner Beziehung zur rechten Keilbeinhöhle steht.

Die Figur 1 zeigt an einem Frontalschnitt den 4 *mm* weiten linken Canalis Vidianus *(cv.)*, durch eine 2 *mm* dicke Knochenschicht von der linken Keilbeinhöhle *(sss.)* getrennt, und den 2 *mm* weiten rechten Canalis Vidianus *(cv.)* direkt an der unteren Wand der rechten Keilbeinhöhle *(ssd.)*. Den rechten Canalis Vidianus trennt eine dünne gemeinschaftliche Knochenwand von der rechten Keilbeinhöhle. Das Foramen rotundum *(fr.)* wird beiderseits von der dünnen Keilbeinhöhlenwand direkt berührt.

[4]) Zschr. f. Ohrhlk. etc. 1913. 1914.

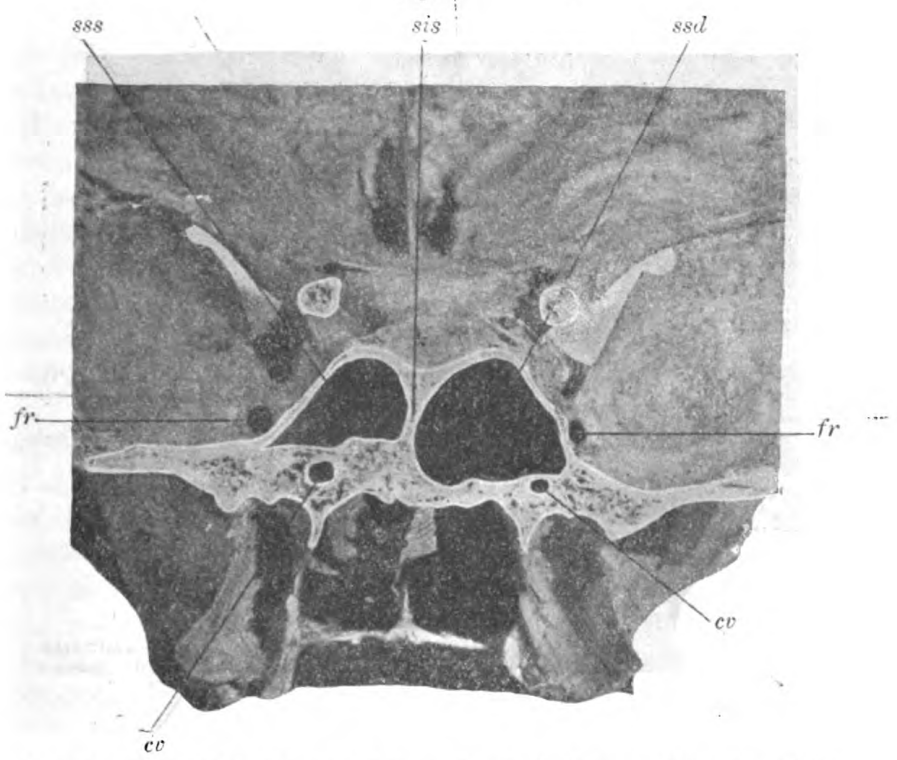
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Canalis Vidianus kann auf beiden Seiten, durch eine dünne Knochenschicht bedeckt, am Boden der Keilbeinhöhle flach verlaufen.

An einem Frontalschnitt verläuft der 3 *mm* weite linke und der 4 *mm* weite rechte Canalis Vidianus, von einer dünnen Knochenwand bedeckt, am Boden der Keilbeinhöhle.

Der Canalis Vidianus kann auf der einen Seite leistenförmig hervorspringend am Boden der Keilbeinhöhle verlaufen und auf der anderen

Fig. 1.



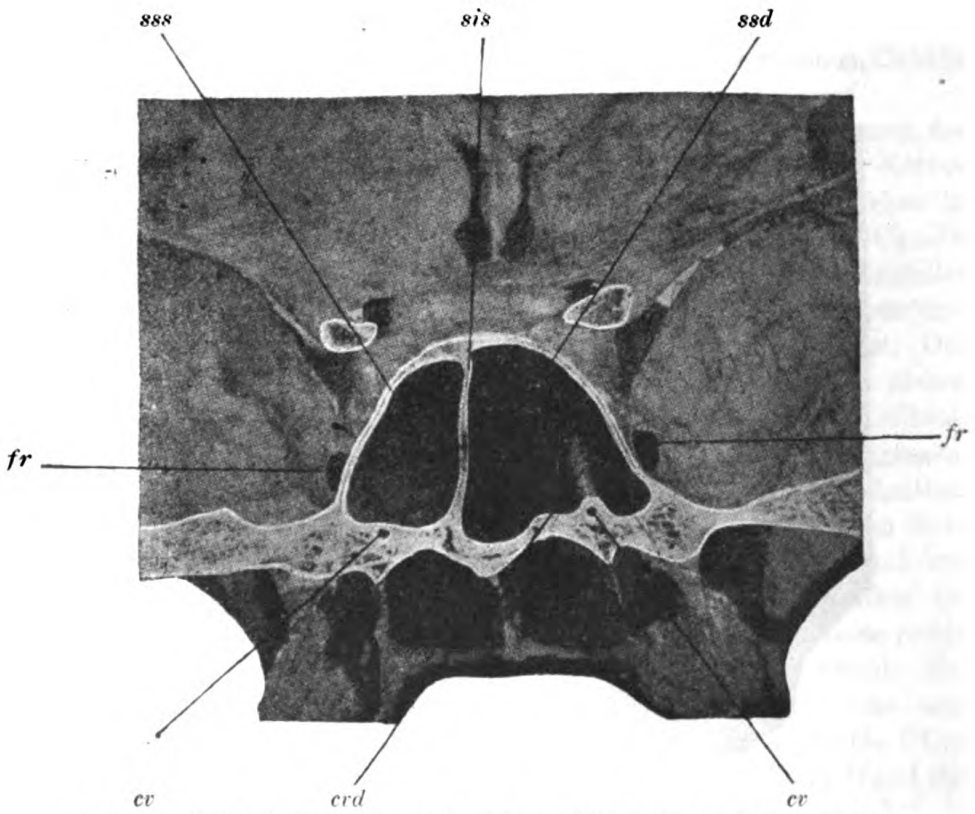
Natürliche Größe. Frontalschnitt. *ssd* Sinus sphenoidalis dexter, *sss* Sinus sphenoidalis sinister, *sis* Septum intersphenoidale, *fr* Foramen rotundum, *cv* Canalis Vidianus.

Seite mit der Keilbeinhöhle eine dünne gemeinschaftliche flache Knochenwand besitzen. Dieses Formverhältnis illustriert die Figur 2 an einem Frontalschnitt. Der linke $1^1/_4$ *mm* weite Canalis Vidianus *(cv.)* verläuft flach am Boden der linken Keilbeinhöhle *(sss.)*, bedeckt von einer dünnen Knochenwand, der rechte $1^1/_2$ *mm* weite Canalis Vidianus *(cv.)* ragt 2 *mm* hoch leistenförmig in die rechte Keilbeinhöhle hinein am Boden der Höhle. Beiderseits steht das Foramen rotundum *(fr.)* in enger Beziehung zur Keilbeinhöhle *(ssd., sss.)*.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Canalis Vidianus kann auf der einen Seite am Boden der Keilbeinhöhle als ein leistenförmiger Vorsprung verlaufen und auf der anderen Seite kann er eine Knochendehiscenz aufweisen. Dieses Formverhältnis illustriert die Figur 3 an einem Frontalschnitt. Am Boden der rechten Keilbeinhöhle *(ssd.)* ragt der Canalis Vidianus *(cvd.)* 2 *mm* hoch leistenförmig in die Höhle hinein, der linke Canalis Vidianus *(cv.)* zeigt eine Knochendehiscenz am Boden der linken Keilbeinhöhle *(sss.)*, die obere

Fig. 2.



Natürliche Größe. Frontalschnitt. *ssd* **Sinus sphenoidalis dexter,** *sss* **Sinus sphenoidalis sinister,** *sis* **Septum intersphenoidale,** *cv* **Canalis Vidianus,** *cvd* **leistenförmiger Vorsprung des rechten Canalis Vidianus.**

Knochenwand des Canalis Vidianus fehlt in einer Länge von 8 *mm*. Das Foramen rotundum *(fr.)* ist beiderseits von der dünnen Knochenwand der Keilbeinhöhle direkt berührt.

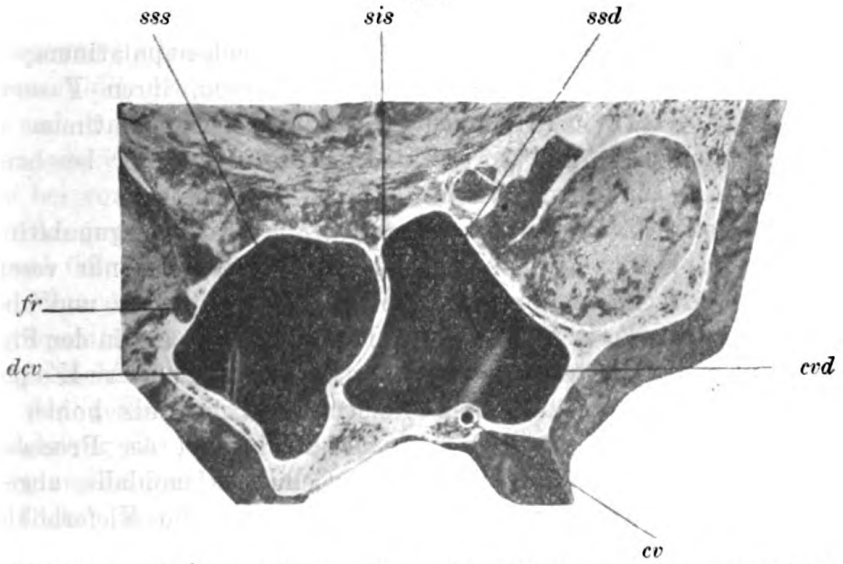
Der Canalis Vidianus kann auf der einen Seite gar kein Verhältnis zur Keilbeinhöhle aufweisen und auf der anderen Seite kann er eine Knochendehiscenz am Boden der Keilbeinhöhle zeigen. Dieses Formverhältnis zeigen zwei Präparate. An einem Frontalschnitt ist der rechte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Canalis Vidianus ziemlich entfernt von der rechten Keilbeinhöhle und am Boden der linken Keilbeinhöhle eine Knochendehiscenz des Canalis Vidianus in einer Länge von 5 *mm*, die obere Knochenwand des Canalis Vidianus fehlt, der Canalis Vidianus verläuft 3 *mm* lang rinnenförmig bis zu einer 2 *mm* weiten Öffnung. Das Foramen rotundum wird von der dünnen Knochenwand der Keilbeinhöhle direkt berührt.

An einem anderen Frontalschnitt ist eine große Asymmetrie der Keilbeinhöhlen vorhanden, die linke Keilbeinhöhle ist klein, verdrängt und steht mit dem Canalis Vidianus in keiner Beziehung; die rechte Keilbeinhöhle hat eine Länge von 40 *mm* und eine Breite von 33 *mm*,

Fig. 3.



Natürliche Größe. Frontalschnitt. *ssd* Sinus sphenoidalis dexter, *sss* Sinus sphenoidalis sinister, *sis* Septum intersphenoidale, *cv* Canalis Vidianus, *dcv* Dehiscenz des Canalis Vidianus, *cvd* leistenförmiger Vorsprung des Canalis Vidianus.

am Boden verläuft der offene Canalis Vidianus rinnenförmig in einer Länge von 11 *mm*. Die große rechte Keilbeinhöhle berührt direkt die Fissura orbitalis superior, das Foramen rotundum und das Foramen ovale, ferner den Clivus mit ihrer äußerst dünnen Knochenwand.

An einem Frontalschnitt ist der hinterste Abschnitt des Canalis Vidianus an der unteren Wand der Keilbeinhöhle zu sehen, ferner ein sehr stark vorspringender Torus caroticus, welcher beiderseits einem außergewöhnlich tiefen Sulcus caroticus entspricht. Außerdem erstreckt sich die Keilbeinhöhle auf beiden Seiten bis zum Clivus mit einer äußerst dünnen, durchscheinenden Knochenwand in einer Ausdehnung von 15 *mm* mit einer 4 *mm* weiten Knochendehiscenz.

Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

An einem Knochenpräparat beobachtete ich am Boden der linken Keilbeinhöhle einen 10 *mm* langen und $1^1/_2$ *mm* hohen leistenförmigen Vorsprung des Canalis Vidianus, welcher in seinem vorderen Teil in einer Ausdehnung von 2 *mm* eine Knochendehiscenz zeigte.

An zwei Knochenpräparaten ist am Boden der Keilbeinhöhle der Canalis Vidii, ferner das innige Verhältnis der Keilbeinhöhlen zur Fissura orbitalis superior, zum Foramen rotundum und zum Foramen ovale zu sehen.

Diese Formverhältnisse illustrieren instruktiv in mehreren Fällen die innigen Beziehungen der Keilbeinhöhle zum Canalis Vidianus, die praktische Bedeutung dieser Verhältnisse erklärt der Verlauf des Nervus petrosus superficialis major und des Nervus petrosus profundus in dem Canalis Vidianus. Beide Nerven verlaufen in einer gemeinschaftlichen Scheide im Canalis Vidianus zum Ganglion sphenopalatinum, dessen Wurzeln sie bilden. Den Ursprung dieser Nerven, ihren Faserverlauf und die Lage, Verbindungen etc. des Ganglion sphenopalatinum werden wir später besprechen, mit der praktischen Bedeutung der beschriebenen Formverhältnisse und nachbarlichen innigen Beziehungen.

Bezüglich der direkten Begrenzung der Fossa pterygopalatina und des Foramen sphenopalatinum finde ich in der Literatur nur vereinzelte Angaben. So ist eine Ausbuchtung der Kieferhöhle hinten und oben am Processus palatini von Zuckerkandl[5]) beschrieben und in der Figur 60, Tafel 14, abgebildet worden. Im Lehrbuche von Rauber-Kopsch[6]) wird der Processus orbitalis des Gaumenbeines auch als hohler dütenförmiger Fortsatz erwähnt und in der Figur 138 ist der Processus orbitalis des Gaumenbeines mit einer Zelle, Cellula ethmoidalis, abgebildet. A. Onodi[7]) hat eine Anomalie beschrieben, wo die Kieferhöhle sich als Recessus sphenoethmoidalis zwischen dem Keilbeine und dem Siebbeine in einer Länge von 10 *mm*, in einer Breite von 15 *mm* und in einer Höhe von 6 *mm* ausbreitete und im hinteren Teile der Augenhöhle die innere Augenhöhlenwand bildete. Ferner hat A. Onodi[8]) ein Präparat abgebildet, wo an einem Sagittalabschnitt auf Figur 159 die vordere Keilbeinhöhlenwand in der Fossa pterygopalatina in einer Ausdehnung von 10 *mm* zu sehen ist.

---

[5]) l. c.

[6]) Anatomie. 1914

[7]) Pathologie und Therapie der durch Nasen- und Ohrenkrankheiten bedingten Augenleiden. Im Druck.

[8]) Handbuch der speziellen Chirurgie der Ohren und der oberen Luftwege (2.) 1914.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wie bekannt, hängt die Fossa pterygopalatina von außen mit der Fossa infratemporalis und von innen durch das Foramen sphenopalatinum mit der Nasenhöhle zusammen. Die Fossa pterygopalatina wird vom Keilbein, vom Gaumenbein und vom Oberkieferbein gebildet. Das Foramen sphenopalatinum bilden die beiden Fortsätze des Gaumenbeines — Processus orbitalis et sphenoidalis — und die untere Fläche des Keilbeinkörpers. Die Fossa pterygopalatina bildet nach unten einen schmalen Spalt, welcher in den Canalis pterygopalatinus übergeht. Die Fossa pterygopalatina wird von innen durch die aufsteigende Platte des Gaumenbeines, oben vom Keilbeinkörper, hinten vom großen Flügel und vom Processus pterygoideus und vorn vom Processus orbitalis des Gaumenbeines und vom Körper des Oberkieferbeines gebildet. Vorn wird die Fossa pterygopalatina durch die untere Augenspalte mit der Augenhöhle verbunden und hinten mündet das Foramen rotundum und der Canalis pterygoideus Vidii. Durch das Foramen rotundum tritt der zweite Trigeminusast und durch den Canalis pterygoideus der Nervus Vidianus in die Fossa pterygopalatina. An Knochenpräparaten sind diese Formverhältnisse bei von außen freigelegter Fossa pterygopalatina gut zu übersehen.

An einem Knochenpräparat sehen wir das Foramen sphenopalatinum in zwei Öffnungen geteilt.

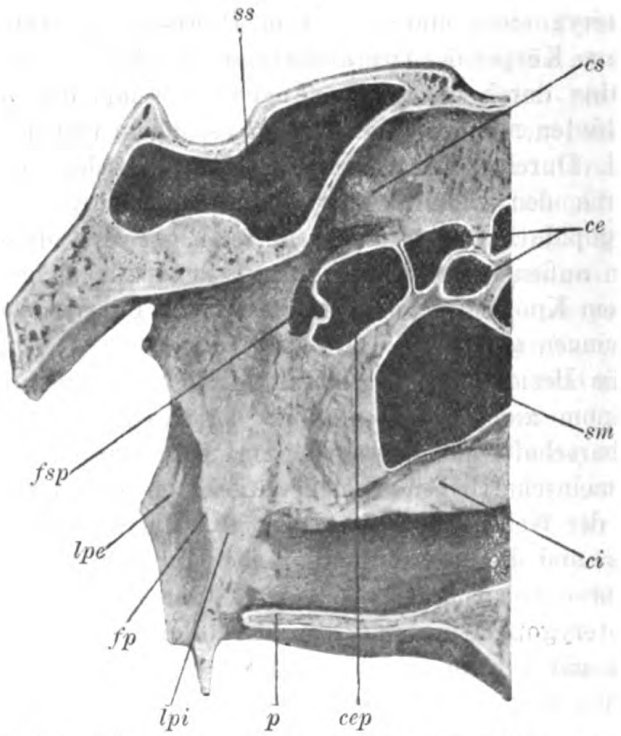
Was die Beziehungen der Fossa pterygopalatina und des Foramen sphenopalatinum zu den Nebenhöhlen der Nase betrifft, so hängt die innige Nachbarschaft und die verschiedene Dünnheit bis zur Durchsichtigkeit der gemeinschaftlichen Scheidewände von der verschieden starken Ausdehnung der Nebenhöhlen der Nase ab. Die Kieferhöhle, die hinteren Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle stehen je nach ihrer Ausbildung und der Dicke ihrer benachbarten Wände in verschiedener Entfernung von der Fossa pterygopalatina und von dem Foramen sphenopalatinum, ja sie können in gar keinem nachbarschaftlichen Verhältnis stehen in Fällen, wo die Höhlen fehlen oder auffallend klein entwickelt sind. An einem Knochenpräparat fehlen die Keilbeinhöhlen und es ist nur von der Nase aus eine linsengroße, kaum 5 *mm* große Vertiefung, die die in der Entwicklung zurückgebliebene Keilbeinhöhle andeutet; die hinteren Siebbeinzellen und die Kieferhöhle sind auch nur mäßig entwickelt und stehen daher in keinem gemeinschaftlichen Verhältnis zur Fossa pterygopalatina und zum Foramen sphenopalatinum.

An einem Knochenpräparat ist eine auffallende kleine Entwicklung der Stirnhöhle, der Kieferhöhle, der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle vorhanden und dementsprechend das Fehlen des nachbarschaftlichen Verhältnisses zu der entfernter liegenden Fossa pterygopalatina und zum Foramen sphenopalatinum.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die erwähnten Nebenhöhlen können sich so stark ausdehnen, daß ihre äußerst dünnen, seidenpapierdünnen, durchsichtigen Knochenwände unmittelbar die Fossa pterygopalatina und das Foramen sphenopalatinum begrenzen. Unsere Untersuchungen haben folgende Formverhältnisse gezeigt: die Fossa pterygopalatina und das Foramen sphenopalatinum stehen in inniger Beziehung nur zur Keilbeinhöhle oder nur zur hinteren Siebbeinzelle oder nur zur Kieferhöhle, ferner zur Keilbeinhöhle und zur hinteren Siebbeinzelle, zur Keilbeinhöhle und zur Kieferhöhle und schließ-

Fig. 4.



Natürliche Größe. *ss* Sinus sphenoidalis, *fsp* Foramen sphenopalatinum, *p* Palatum durum, *cs* Concha superior, *cm* Concha media, *sm* Sinus maxillaris.

lich nur zur entgegengesetzten Keilbeinhöhle und zu beiden Keilbeinhöhlen auf der einen Seite. Die Figur 4 illustriert an einem Knochenpräparat das innige Verhältnis der Fossa pterygopalatina und des Foramen sphenopalatinum *(fsp.)* zur Keilbeinhöhle *(ss.)*. Die Keilbeinhöhle hat eine große Ausdehnung, sie umgibt mit einer papierdünnen Knochenwand den Canalis opticus und bildet ebenfalls mit einer äußerst dünnen Knochenwand die obere Wand der Fossa pterygopalatina; diese dünne Wand der Keilbeinhöhle *(ss.)* schließt zwischen dem Processus or-

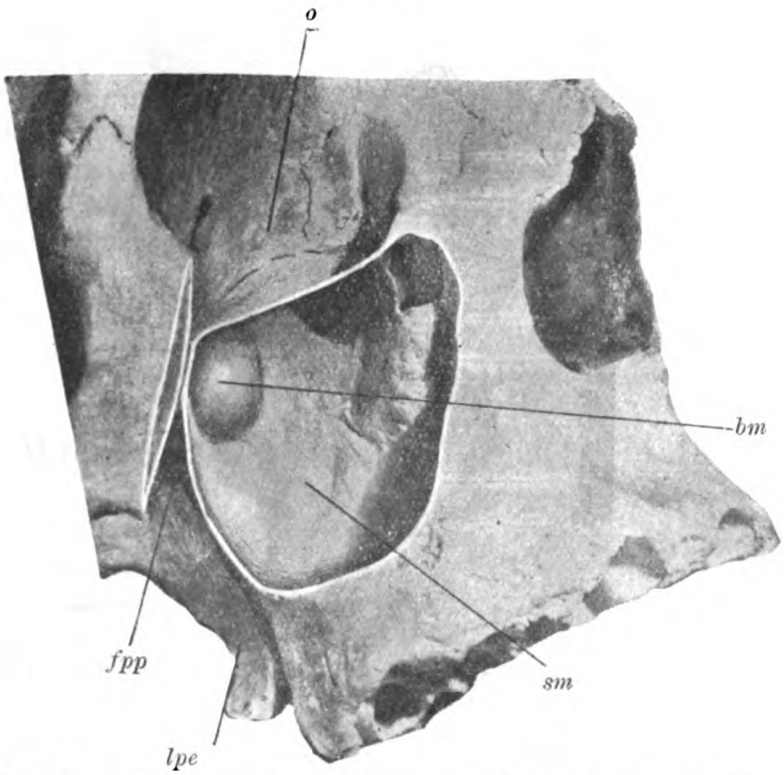
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

bitalis und dem Processus sphenoidalis des Gaumenbeins das Foramen sphenopalatinum *(fsp.)* ab.

Die Keilbeinhöhle dehnt sich noch 5 *mm* vom Processus orbitalis des Gaumenbeines nach vorne aus.

An einem Knochenpräparat ist das enge Verhältnis der Fossa pterygopalatina und des Foramen sphenopalatinum zur hintersten Siebbeinzelle zu sehen; sie bildet die obere Wand der Fossa pterygopalatina

Fig. 5.



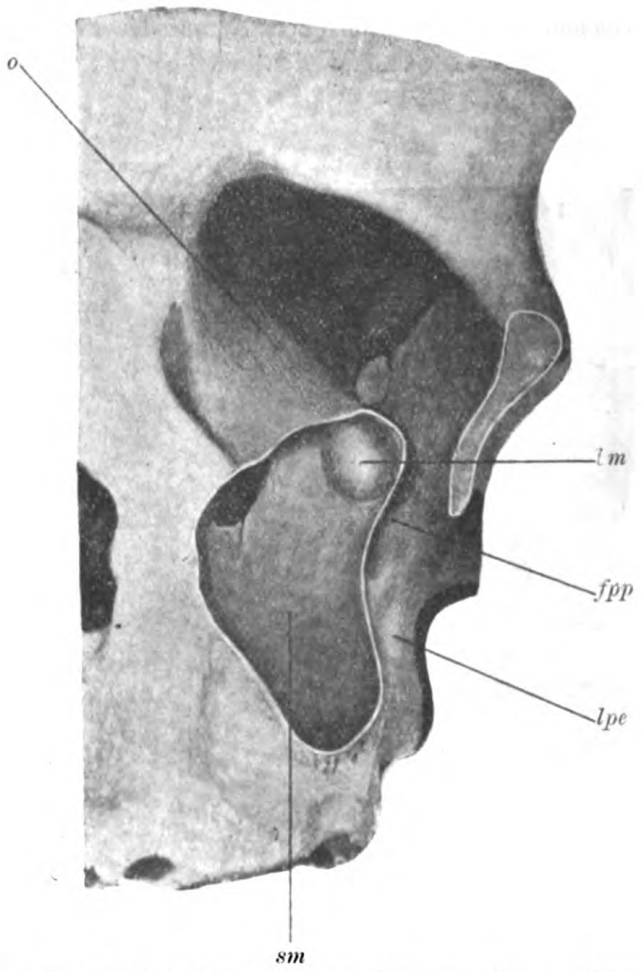
Natürliche Größe. *fpp* Fossa pterygopalatina, *bm* Bulla maxillaris, *sm* Sinus maxillaris, *o* Orbita, *lpe* Lamina pterygoidea externa.

und begrenzt vorne unmittelbar das Foramen sphenopalatinum und erstreckt sich noch 2 *mm* in das Gaumenbein unterhalb des Foramen sphenopalatinum. Entsprechend dieser Ausdehnung der hintersten Siebbeinzelle finden wir an der Stelle, wo die obere, laterale und mediale Kieferhöhlenwand rückwärts zusammenkommt, eine blasenförmige Hervorwölbung in die Kieferhöhle in einer Ausdehnung von 10 *mm*. Dieses Formalverhältnis haben wir in vier Fällen beobachtet und werden es in den folgenden Figuren illustrieren. Eine Beschreibung dieser blasenförmigen Hervorwölbung in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der hintersten Ecke der Kieferhöhle haben wir in der Literatur nicht gefunden, entsprechend der Bezeichnung der einzelnen Siebbeinzellen, wie die Bulla ethmoidalis, die in verschiedener Stärke bei der Bildung des Hiatus semilunaris in den mittleren Nasengang als ein konstantes Form-

Fig. 6.



Natürliche Größe. *fpp* **Fossa pterygopalatina**, *bm* **Bulla maxillaris**, *sm* **Sinus maxillaris**, *lpe* **Lamina pterygoidea externa**, *o* **orbita**.

verhältnis hineinragt, und wie die Bulla frontalis als unkonstantes Formverhältnis in die Stirnhöhle blasen- und kugelförmig hineinragt, — schlagen wir die Benennung Bulla maxillaris vor, ebenfalls als ein unkonstantes Formverhältnis.

An einem Knochenpräparat bildet die hinterste Siebbeinzelle in einer Länge von 10 *mm* die vordere Wand der Fossa pterygopalatina, der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vordere Teil der Zelle ragt als Bulla maxillaris in die Kieferhöhle hinein, ferner begrenzt sie den vorderen und den oberen Teil des Foramen sphenopalatinum.

Die Figur 5 zeigt an einem Knochenpräparat das enge Verhältnis der hinteren Siebbeinzelle *(bm.)* zur Fossa pterygopalatina *(fpp.)* und den vorderen Teil der Zelle, welche als Bulla maxillaris *(bm.)* in die Kieferhöhle hineinragt. Die blasenförmige Bulla maxillaris *(bm.)* hat eine Ausdehnung von 14 *mm* in der Länge und 9 *mm* in der Breite, sie füllt den hinteren Teil aus, wo die obere laterale und mediale Kieferhöhlenwand der Fossa pterygopalatina *(fpp.)* und der vordere Teil des Foramen sphenopalatinum von der hinteren Siebbeinzelle *(bm.)* gebildet wird.

Die Figur 6 illustriert dasselbe Formverhältnis mit dem Unterschiede, daß die Bulla maxillaris *(bm.)* eine kleinere Ausdehnung hat.

An zwei Knochenpräparaten ist das Verhältnis der Kieferhöhle zur vorderen Wand der Fossa pterygoidea und zum vorderen Teil des Foramen sphenopalatinum zu übersehen.

(Schluß folgt.)

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Mai 1919.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. Wilhelm Roth.
Schriftführer: Hr. R. Feuchtinger.

Der Vorsitzende gibt bekannt, daß die Ophthalmologische Gesellschaft in Wien den Vorschlag der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft mit Freude begrüßt und in Hinkunft bei Besprechungen aus den Grenzgebieten beider Disziplinen unsere Gesellschaft einzuladen gedenkt.

I. Hr. Menzel: **Doppelseitige Oberkiefercyste.**

Die Cyste der rechten Seite wurde vom Vortr. bereits im Jahre 1912 operiert und ist derzeit geheilt.

Die Operation wurde nach der seinerzeit von Prof. Hajek viel geübten Methode ausgeführt, die in der Herstellung einer nasalen Kommunikation und primärer Vernähung der Operationswunde in der Fossa canina besteht.

Die Kiefercyste der linken Seite hingegen ist mit allen klassischen diagnostischen Attributen ausgestattet. Sie weist eine Vorwölbung der facialen Wand in der Gegend der Fossa canina auf, die sich knochenhart anfühlt und federt, ferner eine Vortreibung der Gaumenplatte des Oberkiefers sowie der lateralen Nasenwand und des Nasenbodens (Gerberscher Wulst). Die Cyste ist geschlossen.

Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Das doppelseitige Auftreten ist im Sinne der Hypothese von Magitot, welche gewissen Fällen die Entstehung aus embryonalen Keimen der Zahnanlage vindiziert, zu verwerten. Die Cyste ist eine follikuläre.

Aussprache.

Hr. Kofler: Es gibt noch eine dritte Art von Cysten, die in gewisse Beziehung zum Oberkiefer treten, aber als Retentionscysten der Nasenschleimhaut aufzufassen sind. Sie gehen, manchmal doppelseitig, von dem vordersten Anteile der Schleimhaut des Nasenbodens aus und lagern sich nach abwärts wachsend oberhalb der Schneidezähne zwischen dem Proc. alveol. und dem darüber liegenden Schleimhautblatte der Übergangsfalte ein. Wenn sie groß sind, wölben sie verunstaltend die Oberlippe vor und können durch Vorwölbung auch des Nasenbodens sogar die Nasenatmung beeinträchtigen. Nach der Ausschälung und Abtragung am Stiele entsteht natürlich eine Kommunikation zwischen Nasenhöhle und Cystenbett, die vordere Fläche des Knochens ist durch den Druck der langsam wachsenden Cyste mehr weniger eingebuchtet. Die Innenauskleidung der Cyste besteht teils aus kubischem, teils aus Resten von flimmerndem Epithel. Ich hatte Gelegenheit, schon 7 oder 8 solche Fälle zu operieren und habe auch bereits zwei davon in diesen Sitzungen vorgestellt. Ich erwähne diese Art von Cysten u. a. deshalb, weil ich gesehen habe, daß sie mit den eigentlichen Kiefercysten schon verwechselt wurden.

Hr. Fein: Die Erklärung, die Herr Kofler dafür verlangt, daß so viele Autoren den Anspruch auf die Priorität der Anwendung der Luc-Caldwellschen oder der Denkerschen Methode für die Operation der Kiefercysten erheben, ist leicht gegeben. Der Gedanke, die Kiefercysten nach diesen Methoden zu operieren, ist so naheliegend, daß sie vermutlich fast jeder Facharzt aus eigener Überlegung angewendet hat; diejenigen Autoren, die darin einen ganz besonderen Einfall gesehen haben, haben ihn publiziert.

Hr. Hajek: Aus der Darstellung des Herrn Menzel geht hervor, daß er zwischen entzündlichen und follikulären Kiefercysten keine Unterscheidung macht. Die Kiefercysten sind entzündlichen Ursprungs und entstehen aus Eiterungen und Granulomen kranker Zahnwurzeln, dagegen ist es nur für die follikulären Zahncysten einigermaßen erwiesen, daß dieselben retinierten oder überzähligen Zahnkeimen ihren Ursprung verdanken. Da in dem Cystenraum keinerlei Zähne gefunden wurden, läßt sich in den Fällen Menzels von einer angeborenen Anlage nicht sprechen, da es wahrscheinlich ist, daß trotz des beiderseitigen Auftretens nur das zufällige Auftreten beiderseitiger entzündlicher Veränderungen die Ursache abgibt.

Was die Methode nach Luc-Caldwell betrifft, so habe ich dieselbe, ohne von Jacques (Nancy) Angaben gewußt zu haben, ausgeführt. Die Priorität gebührt also nicht mir; im übrigen ist der Gedanke so naheliegend, daß in einem entsprechenden Fall während der Operation jedermann dieser Vorgang sich von selbst aufdrängen muß.

Hr. L. Réthi: Die eben beschriebene Operation ist im Wesen die Methode von Caldwell und Luc. Diese Autoren haben sie im Jahre 1893 bzw. 1897 angegeben; sie hat einige Jahre gebraucht, bis sie als Luc-Caldwellsche Operation anerkannt wurde und als solche in die Literatur Eingang gefunden hat.

Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Hr. Hajek: Herr Réthi verschiebt die Diskussion auf falsches Geleise. Es handelt sich nicht um die Frage der Priorität der Luc-Caldwellschen Operation als solche, sondern um ihre Verwendung bei der Operation der Kiefercysten.

Hr. Menzel (Schlußwort) hat deshalb geglaubt, die vorliegende Kiefercyste als eine follikuläre im Sinne Magitots ansprechen zu sollen, weil die Affektion doppelseitig ist und Pat. die in Betracht kommenden Zähne schon in seiner Kindheit verloren hat. Entzündliche Erscheinungen von seiten der Zähne können aus diesem Grunde als ätiologischer Faktor ausgeschaltet werden.

II. Hr. G. Hofer: 1. **Nasenrachenfibrom.** (Vorgestellt vor der Operation in der Sitzung am 5. April.)

In Kuhnscher Narkose war unter prophylaktischer Umschlingung der Arteria carotis externa von der Fossa canina aus die rechte Kieferhöhle und Nase nach Denker eröffnet worden (Herr Marschik). Der Tumor saß in der rechten Nase und Kieferhöhle und konnte nur mühsam bis an die Basis rechts rückwärts freigemacht werden. Mit einem stärkeren medialen Epipharynxzapfen saß der Tumor medial fest und mußte sowohl an der Basis wie hier freigemacht werden. Die Hinterwand des Oberkiefers war erweicht und in den Tumor einbezogen, ebenso die rechte laterale Nasenwand. Die Blutung war relativ gering. Pat. kann heute als gebessert vorgestellt werden. Der Fall weist auf die Vorteile der Denkerschen Methode hin, die keine äußere Entstellung zur Folge hat, die allerdings durch die geringe Zugänglichkeit in Fällen von starker Ausbreitung des Tumors gegen die Flügelgaumengrube zu in ihrer Anwendbarkeit begrenzt ist.

Es handelte sich um einen 17jährigen Patienten mit einem sehr gefäßreichen Angiofibrom des Nasenrachens, das sowohl in die Fossa pterygopalatina als auch in die rechte Nasenhöhle hineingewuchert war. Die rechte Wange war bedeutend geschwollen, die rechte Nase völlig luftundurchgängig; Details waren in ihr nicht zu sehen. An eine Radikaloperation war bei dem durch wiederholte schwere Blutungen äußerst geschwächten Patienten nicht zu denken. Ich versuchte nun eine Radiumbehandlung des Nasenanteiles des Tumors in der Erwartung, durch langsame Obliteration der Gefäße die Blutungen vielleicht zum Stillstand zu bringen und so den Tumor operabel zu machen, doch erlebte ich trotz vorsichtiger Bestrahlung (kleine, stark filtrierte Dosen) das zweitemal schon eine abundante Blutung aus einer größeren Vene des Tumors. Da ich keinen weiteren Versuch mit Radium riskieren wollte, sandte ich den Patienten zur Röntgenbestrahlung. Ich war nun überrascht von dem geradezu glänzenden Resultate schon einiger weniger Bestrahlungen. Der Tumor hatte sich um gut $^4/_5$ seiner früheren Größe verkleinert, die Wange war abgeschwollen, die Nase luftdurchgängig geworden, es waren schon die untere, die mittlere Muschel und der mittlere Nasengang etc. zu sehen, die Blutungen haben aufgehört und Patient hat sich gut erholt. Der Erfolg war, wie gesagt, frappant. Ich möchte daher raten, diese Behandlung bei stark herabgekommenen Patienten, für welche die Radikaloperation geradezu lebensgefährlich werden kann, auf jeden Fall zu versuchen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussprache.

Hr. Hajek: Die gelungene Exstirpation des Nasenrachenfibroms widerlegt nicht meine in der letzten Sitzung geäußerte Ansicht, daß in nicht sehr fortgeschrittenen Fällen doch die Elektrolyse indiziert ist, da wir mittelst dieser harmlosen Methode doch des öfteren in der Lage sind, das weitere Wachstum der Geschwulst zu hindern oder deren Wachstum hintanzuhalten. Bei großen Geschwülsten, welche lebenswichtige Funktionen hindern, muß natürlich die Operation gemacht werden; ich habe dieselbe des öfteren mit bestem Erfolg ausgeführt. Die beste Methode ist die nach Denker.

Hr. Kofler: Ich möchte in therapeutischer Hinsicht darauf verweisen, daß die Röntgenbestrahlung in einem schweren Fall, den ich auch einmal hier vorgestellt habe, ein glänzendes Resultat gezeitigt hat.

Hr. H. Marschik: Wie ich schon in der letzten Sitzung ausgeführt habe, sind der konservativen Behandlung ihre Grenzen gesetzt durch die Ausdehnung des raschen Wachstums des Tumors und die Unanbringlichkeit der konservativen (elektrolytischen) Behandlung. Füllt der Tumor die ganze Nase aus, dann ist die für einen Erfolg maßgebende Behandlung der Basis unmöglich. Ebenso ist die Elektrolyse der in die Fossa pterygopalatina und die anderen Lücken und Spalten der Schädelbasis vorgedrungenen Tumoranteile ohne operative Freilegung unmöglich. Mit Rücksicht auf die reiche Gefäßversorgung des Tumors ist damit zu rechnen, daß er nun, in diese Gewebsspalten vorgedrungen, seine Ernährung nicht nur von der eigentlichen Basis, sondern auch von da her bezieht. Endlich besteht die Gefahr, daß die so viel langsamer zum Ziele führende konservative Behandlung nicht so rasch die Heilung ermöglicht, als die an wichtige Organe, z. B. Bulbus, herantretenden Ausläufer des Tumors ihre unheilvollen Wirkungen an diesen Organen manifestieren und daß dann eventuell die wegen Gefährdung jener Organe dringend nötige Radikaloperation wegen Ausdehnung des Tumors und ihrer Gefährlichkeit auch schon zu spät kommt.

Hr. L. Réthi empfiehlt in diesen Fällen, wenn nicht schleunigst ein operativer Eingriff indiziert ist, aufs angelegentlichste die Bestrahlung, mit der er mehrfach sehr gute Resultate erzielt hat.

2. **Totalexstirpation der Zunge wegen Carcinom.** Operation des 49jährigen Patienten am 3. März (Hofer). Nach Entfernung der Unterkieferdrüsen und Halsdrüsen entlang dem Sternocleidomastoideus durch Enukleation der Zunge vom Munde aus (Gluck) Plastik des Mundbodens. Nach Wundheilung zeigt der Patient gegenwärtig ein gutes Schluckvermögen, die Sprache ist noch klossig und soll durch systematischen Sprachunterricht gebessert werden. Die Rolle der entfernten Zunge hat teilweise der Muskelstumpf des Genio- und Hypoglossus übernommen. (Demonstration des Präparates.)

Aussprache.

Hr. Hugo Stern: Ich habe den Fall nun auf seine Sprache untersucht und gefunden, daß derselbe recht gut spricht. Es ist das ein Beitrag für unsere Anschauungen bezüglich der Bedeutung der Zunge für die Sprache, die eine relativ geringe ist. (Demonstration der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sprache des Patienten.) Wir hören bei dem vorgestellten Patienten die Sprache nur unbedeutend verwaschen, insbesondere die Vokale, die ja zum großen Teil durch die äußeren Artikulationsorgane (Lippen etc.) gebildet werden; aber auch die Konsonanten werden relativ gut produziert, weil der Mundboden, die Wangen und die Gebilde des weichen Gaumens vikariierend zur Bildung derselben herangezogen werden. Die Laute der ersten Artikulationsreihe (b, p, m) sind, da dieselben lediglich durch die Lippen gebildet werden, unverändert gut. Im Laufe der Jahre habe ich eine immerhin größere Zahl von derartigen Patienten zu behandeln Gelegenheit gehabt und so ziemlich dieselben Verhältnisse gefunden. Und noch ein zweites Moment möchte ich hervorheben: Patienten, denen die ganze Zunge exstirpiert wurde, sprechen oft besser, als solche, bei denen ein Stumpf zurückgelassen wurde. Es scheint, daß der Stumpf in manchen Fällen eher sprachhindernd als sprachfördernd ist; allerdings ist das nicht immer der Fall und wird in anderen Fällen gerade der Zungenstumpf zum Sprachaufbau mit Erfolg verwendet werden können. Zusammenfassend können wir von dem demonstrierten Fall sagen, daß dessen Sprache eine relativ günstige ist, immerhin werden systematisch durchgeführte Sprechübungen noch eine weitere Verbesserung der Sprache ergeben.

3. **Carcinom des rechten Recessus piriformis. Laterale Pharyngostomie zwecks Radiumbestrahlung.** Nach rechtsseitiger Drüsenausräumung und Anlegung einer lateralen Pharyngostomie am 17. III. 1919 wurde durch direktes Eintragen des Radiumträgers (Dominici mit 26 *mg* Radiumbariumsulfat) in das kleine Pharyngostoma und Bestrahlung durch 3 × 24 Stunden ein wesentlicher Erfolg erzielt. Der kleine Tumor (Plattenepithelcarcinom) ist geschwunden, die rechte Larynxseite beweglich. Bei dem Alter des Patienten (67 Jahre) erscheint dieses Vorgehen gegenüber dem einer Radikaloperation wesentlich schonender.

Aussprache.

Hr. H. Marschik: Ich erinnere an einen vor 6 Jahren in der Gesellschaft der Ärzte berichteten Fall, der dem vorgestellten ähnelt und in der gleichen Weise von mir behandelt worden war. Durch wiederholte Oesophagoskopie war festgestellt worden, daß im Laufe der Radiumbehandlung der Tumor bis auf einen kleinen Rest im Oesophaguseingang verschwunden war. Die Drüsen waren bereits ausgeräumt. Im Anschluß an die letzte Oesophagoskopie kam es zu Erscheinungen von Lungenabsceß und Gangrän, an denen der Patient in kurzer Zeit zugrunde ging. Die Obduktion deckte als Ursache des Lungenprozesses einen Infarkt auf, hervorgerufen durch Embolie von einem marantischen Thrombus der rechten Vena jugularis interna, der sich wahrscheinlich bei jener Oesophagoskopie losgelöst hatte. Die Erscheinungen des Carcinoms waren bis auf den erwähnten, kaum erbsengroßen Rest am Oesophaguseingang verschwunden und damit das Carcinom durch Radiumbehandlung tatsächlich der Heilung zugeführt worden. Was die in letzter Zeit versuchte Radiumbehandlung mit exzessiven Dosen anbelangt, so unterscheidet sich deren Wirkung eigentlich nicht wesentlich von der Wirkung verschiedener anderer schon im grauen Altertum bekannter Ätzmittel, stellt also eigentlich keine neue Errungenschaft dar. Wenn speziell es durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Radiumbehandlung dazukommt, daß die Heilung eines malignen Kehlkopftumors dadurch zustande kommt, daß sich das ganze Organ nekrotisch abstößt, so möchte ich bemerken, daß man dasselbe mit den erwähnten Ätzmitteln auch erreichen könnte, ja daß wir hierfür eine Methode besitzen, die sogar noch rascher und mit weniger Gefahren zum Ziele führt, und das ist die Totalexstirpation. Ungeachtet gewisser unleugbarer Erfolge der exzessiven Radiumbehandlung möchte ich doch betonen, daß die epochale Neuerscheinung der Radiumwirkung in der elektiven Zerstörung malignen, verbunden mit der Erhaltung resp. Förderung des gesunden Gewebes besteht und ein wirklicher Radiumerfolg dann vorhanden ist, wenn statt eines malignen Tumors nicht ein Ulcus oder eine tiefe nekrotische Höhle, sondern normale Schleimhaut an dessen Stelle getreten ist. So war in dem erwähnten Falle bei der Obduktion im Recessus piriformis an der Stelle des Tumors normale, normal verschiebliche und elastische Schleimhaut zu sehen, so daß der Obduzent in das seinerzeitige Bestehen des Tumors berechtigte Zweifel setzen konnte. Eine fleckige Pigmentierung war das einzige Residuum des Neoplasmas. Ein derzeit an unserer Klinik liegender Fall demonstriert Ihnen das eben Gesagte. Die hier vorgestellte Frau kam mit einer großen, verjauchten, gegen den Mund zu perforierten, nekrotischen Höhle an der Stelle des rechten Oberkiefers zur Aufnahme. Der objektive Befund ließ am ehesten an eine luetische Zerstörung denken. Nachdem uns schon der negative Wassermann stutzig gemacht hatte, erfuhren wir nach und nach die richtige Anamnese. Sie war bereits wegen Oberkiefercarcinom in einem anderen Spitale durch Dauereinlage von Radium durch die Perforation der lateralen Nasenwand behandelt worden. Im Laufe der Reinigung der Nekrosehöhle kam es dann zu Erscheinungen von Carcinom am Rande des Defekts, die Sie heute sehen und die damit die Diagnose feststellen. Es ist also durch exzessive Radiumbestrahlung ein ausgedehnter Defekt des rechten Oberkiefers erzielt worden, der infolge der großen Öffnung gegen den Mund zu dauernder Tamponade nötigt, dagegen keine Heilung des Carcinoms. Ich möchte also noch einmal betonen, daß unsere Bestrebungen für alle Zukunft darauf gerichtet sein sollen, die elektive Wirkung des Radiums bis zum vollen Erfolg heranzuziehen resp. zu vervollkommnen.

Hr. M. Hajek: Ohne mich zu den Ausführungen Herrn Marschiks direkt in Gegensatz zu stellen, muß ich bemerken, daß das Prinzip, die elektive Wirkung des Radiums nur auf das krankhafte Gewebe zu beschränken, nicht immer möglich ist. In einem verzweifelten Falle von Sarkom des Nasenrachenraumes habe ich in den Tumor ein Loch gebohrt und mit dem Dominiciröhrchen (20 *mg* Radium) tamponiert (zweimal je 24 Stunden). Der Erfolg war so brillant, daß nach 4 Wochen der ganze Tumor restlos verschwunden ist und der ganze Nasenrachenraum frei wurde. In verzweifelten Fällen muß man eben auch riskieren, gesunde Umgebung zu schädigen, da es ja ohnehin nichts zu verlieren gibt.

Hr. Kofler: Die Ausführungen meines Kollegen Marschik haben viel Bestrickendes an sich, doch glaube ich, bevor nicht genügende und gut basierte Erfahrungen nach dieser Richtung vorliegen, sagen zu müssen, daß mir eine sehr intensive, den malignen Tumor vielleicht ganz zerstörende, eventuell auch verschiedene Opfer nach sich ziehende Radium-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

behandlung mehr Beruhigung verschafft als der peinigende Gedanke, ob durch eine weniger intensive selektive Bestrahlung wohl wirklich alle malignen Tumorelemente gerade noch zerstört werden.

Hr. L. Réthi: Früher haben wir weniger bei Carcinomen als vielmehr bei den Sarkomen eine günstige Wirkung von der Bestrahlung gesehen; seitdem stärkere Radiumdosen in Anwendung kommen, wie ich sie in meinem auf dem 85. Deutschen Naturforscher- und Ärztetag in Wien im Jahre 1914 erstatteten Referat über das Radium in der Laryngo-Rhinologie auch eindringlich empfahl, sind die Resultate auch beim Carcinom besser. Kleine Dosen wirken wachstumsfördernd; nur große Dosen entfalten eine elektive und zerstörende Wirkung und je mehr auch in weiterem Umkreise zerstört wird, desto besser. So lange ein Fall noch operabel ist, soll operiert und zum mindesten die Hauptmassen auf chirurgischem Wege entfernt werden und dann Radium zur Anwendung gelangen, d. h. eine kombinierte Behandlung Platz greifen. Ich habe in der Gesellschaft der Ärzte am 16. XI. 1917 und dann neuerdings am 31. V. 1918 einen Fall vorgestellt, der kaum noch als operabel bezeichnet werden konnte; die ganze rechte seitliche Rachenwand und die rechte Tonsille waren ergriffen, der Nasenrachenraum ganz ausgefüllt vom Tumor, der der hinteren Rachenwand und der Schädelbasis breit aufsaß; durch die Operation konnte nur ein kleiner Teil entfernt werden. Nach energischer Bestrahlung jedoch schwand alles und es trat überhaupt keine lokale Rezidive auf. Drüsenrezidive wurde durch Bestrahlung günstig beeinflußt. Das vielfach geübte Einlegen von Radiumträgern in den Tumor, wie ich es auch in diesem eben erwähnten Fall in den inzidierten Drüsen zur Anwendung brachte, ist als eine Art kombinierter Behandlung anzusehen. Weit vorgeschrittene inoperable Fälle sollen jedenfalls bestrahlt werden. Es liegen Angaben vor, daß solche Fälle gelegentlich auch operabel wurden und daß dann eine chirurgische Entfernung der Neubildung möglich geworden ist.[1])

III. Hr. Oskar Hirsch: **Über Methoden der Radiumbehandlung von Tumoren der Hypophyse und der oberen Luft- und Speisewege.**

In der letzten Sitzung erwähnte ich in einer Diskussionsbemerkung, daß die Radiumbehandlung der Erkrankungen des Rachens und der oberen Luftwege bisher daran scheiterte, daß keine geeigneten Vorrichtungen zur Verfügung standen, mit denen man das Radiumpräparat in einer für den Patienten erträglichen Weise durch längere Zeit an Ort und Stelle fixieren konnte. Ich demonstriere heute solche Apparate, die ich seit zirka drei Jahren mit Doz. Dr. Klein für jeden einzelnen Patienten besonders konstruiere.

Die Veranlassung zur Konstruktion dieser Apparate gab ein Fall von Hypophysentumor, den Eiselsberg nach Schloffer operiert hatte und der nach anfänglichem Erfolg nach einiger Zeit an einem Rezidiv erkrankte. Der Fall wurde mir nun zur Behandlung zugewiesen. Ich entschied mich wegen der Krustenbildung und der damit verbundenen Gefahr bei Nachoperation des Tumors für die Radiumbehandlung. Es fehlten

[1]) In meinem oben erwähnten Referat habe ich damals die operabel gewordenen Fälle von Ranzi aus der Klinik Eiselsberg, die Fälle von Jungmann, Schindler, Funke, Sticker und Costiniu erwähnt, zu denen später noch andere, insbesondere auch von Kahler hinzukamen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aber die inneren Gebilde der Nase ganz und ich konnte daher auf keine Weise das Radium befestigen. Ich brachte daher den Patienten zum Kollegen Klein und ersuchte ihn, eine Nasenprothese anzufertigen, woran man den Radiumträger befestigen könnte. Klein schlug vor, den Radiumträger an eine Zahnprothese zu befestigen, und so entstand dieser Apparat (Demonstration). An einer Zahnprothese ist ein Metallstab angebracht, der nach Anlegung der Prothese aus dem Mund herausragt. An diesem Stab befindet sich eine seitwärts drehbare Klemme. Die an einem biegsamen Kupferdraht angebrachte Radiumkapsel wird an den Hypophysentumor angelegt und der Kupferdraht so abgebogen, daß er in der Klemme festgeklemmt werden kann. So ist die Radiumkapsel absolut sicher adaptiert und kann auf diese Weise viele Stunden lang liegen bleiben. Ich behandelte auf diese Art erfolgreich den mir von Eiselsberg zugewiesenen Patienten. Ich führte bloß anfänglich die Behandlung, übergab sie später Herrn Prof. Kuttner in Berlin, der sie auf gleiche Weise fortsetzte und mit der von mir angegebenen Methode einen bedeutenden Erfolg erzielte.

Diese Prothesen verwendete ich in der Folge zur Radiumbehandlung von inoperablen Tumoren des Rachens, der Tonsillen, des Nasenrachenraumes und des Sinus piriformis. Die Prothese wurde mit entsprechenden Vorrichtungen zur Aufnahme des Radiums versehen. Ich brachte die betreffenden Patienten zum Kollegen Klein, beschrieb ihm den Sitz des Tumors, zeigte, mit welcher Kapsel und auf welche Art der Tumor zu bestrahlen wäre, und Kollege Klein ersann dann die Ansätze für die Prothese, die in ganz vorzüglicher Weise ihrem Zwecke entsprachen und auf bequeme und für den Patienten erträgliche Weise die Applikation des Radiumapparates gestatteten. Die Ansätze — die eigentlichen Radiumträger — sind stets nach der Seite verschiebbar und außerdem verlängerbar, so daß die Radiumkapsel stets sehr leicht an den verschiedenen Stellen angebracht werden kann. Und dies ist selbst bei wenig ausgebreiteten Tumoren von großer Wichtigkeit, noch mehr aber bei flächenhaften Neugebilden.

Auf diese Weise behandelte ich einen zirka 67jährigen Patienten mit Carcinom der seitlichen Pharynxwand, das bis in den Sinus piriformis reichte und nach mehrmaliger 4—5 Stunden dauernder Applikation vollkommen verschwand. Patient bekam später eine Drüsenmetastase, die mit Röntgenbestrahlung behandelt wurde. Es ist jedenfalls zu empfehlen, vor der Radiumbehandlung die regionären Drüsen auszuräumen.

Mit einer anderen Prothese, die Kollege Klein besonders ingeniös konstruierte, behandelte ich im Garnisonsspital Nr. 2 einen Matrosen mit Sarkom des Nasenrachenraumes, das die Choanen vollkommen verlegt hatte. Nach zweimaliger Anlegung des Radiumpräparates für zirka zwölf Stunden war die Nasenatmung frei. Auch dieser Patient bekam Drüsenmetastasen.

Eine dritte durch ihr langjähriges Leiden ganz heruntergekommene Patientin hatte ein Geschwür in der Größe eines Fünfkronenstückes an der hinteren Rachenwand. Es wurde von verschiedenen Kollegen für Gumma, von anderen für Lupus gehalten. Auch ich hielt es anfänglich für ein Gumma, bis mich das Versagen jeglicher spezifischer Therapie auf den Gedanken brachte, daß es ein Lymphosarkom sein könnte. Die mikro-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

skopische Untersuchung gab keinen sicheren Aufschluß. Das Geschwür war im Laufe der Monate auf die Epiglottis übergegangen und hatte eine Tracheotomie notwendig gemacht. Ich bestrahlte die Patientin mit einem an einer Zahnprothese befestigten Radiumpräparat zuerst an der Epiglottis. Das Infiltrat schwand rapid. Ebenso begann sich auch das Geschwür an der hinteren Rachenwand zu verkleinern. Die Patientin war aber durch das langjährige Leiden, durch das Unvermögen, feste Speisen zu schlucken, und durch den Mangel an Milchnahrung so geschwächt, daß sie noch vor Beendigung der erfolgreich begonnenen Behandlung an Schwäche starb.

Aussprache.

Hr. Kofler: Die vom Kollegen Hirsch vorgestellten Apparate für Radiumapplikation finde ich vielfach zu kompliziert und in der Mehrzahl der Fälle für entbehrlich. In der Nase und im Nasenrachenraum kann ich einen Radiumträger an jeder beliebigen Stelle durch geeignete Tamponade appliziert erhalten, während ich für den Meso- und Hypopharynx (Tonsillen und Zungengrund ausgenommen) die Radiumapplikation stets so besorgt habe, daß ich ein an einem dünnen Drainschlauch befestigtes Dominiciröhrchen durch die Nase in den Rachen hinuntergleiten und in beliebiger Höhe hängen ließ.

Hr. Leipen: In Berlin werden an Zahnprothesen befestigte Radiumträger seit 3 Jahren verwendet.

Hr. L. Réthi: Die demonstrierten Apparate zur bequemeren Anwendung von Radiumträgern sind sehr zu begrüßen. Ich habe bisher die in ein Drainrohr eingeschlossenen oder in Gaze eingeschlagenen Träger mittelst eines durch den Mund und eines durch die Nase geführten Fadens, so gut es eben ging, in der Gegend der Tonsillen, der Zungenwurzel etc. angebracht. Diese Vorrichtungen bedeuten nun in der Applikation eine wesentliche Erleichterung und sind geeignet, über gewisse technische Schwierigkeiten, insbesondere bei Anwendung im Rachen und Kehlkopfeingang, hinwegzuhelfen.

Hr. Hirsch (Schlußwort): Mit den hier demonstrierten Prothesen arbeite ich seit 3 Jahren. Sollte jedoch, wie Herr Leipen[1]) erwähnte, diese Methode bereits von anderer Seite empfohlen worden sein, bin ich bereit, ältere Prioritätsansprüche anzuerkennen. Herrn Kofler gegenüber möchte ich betonen, daß wir Laryngologen bestrebt sein müssen, bei der Behandlung der Neoplasmen der oberen Luft- und Speisewege vor allem die endoskopischen Methoden anzuwenden und die äußere Eröffnung dieser Organe, so weit es angeht, zu vermeiden. Gegenüber der von Herrn Kofler geübten Applikation des Radiums ist die von mir empfohlene darin vorteilhafter, als sie gestattet, das Radium an die gewünschte Stelle

[1]) Bei Durchsicht der von Leipen angeführten Literatur finde ich, daß nicht Dr. Bickel, sondern Dr. Sticker in Berlin eine Radiumkapsel an eine Zahnprothese befestigte. Doch handelte es sich um einen Patienten, der nach Oberkieferresektion eine Prothese trug, die als Radiumhalter zur Bestrahlung der Oberkieferhöhle benützt wurde. Methodisch wurde meines Wissens zuerst von uns die Überkappung der Zähne zur Bestrahlung der erkrankten Luft- und Speisewege benützt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unverschieblich anzubringen, während ein weicher Katheter beim Schlucken sehr leicht abgedrängt wird.

IV. Hr. G. Hofer: **Genuine Ozaena durch Vaccination nach Hofer-Kofler ausgeheilt.**

Der Anfangsbefund der Patientin, die Krankenschwester ist, lautete: Sattelnase, hochgradige Atrophie der Muscheln, in beiden Nasen Krustenbildung, starker intensiver Foetor und Pharyngitis sicca. Die Behandlung mit Vaccine wurde im Anfang des Jahres 1915 begonnen und mit Unterbrechungen bis Mai 1917 fortgeführt. Es wurden 48 Injektionen verabreicht von 50—600 Millionen Keime im Kubikzentimeter. Lokalbehandlung fand keine statt. Die Patientin ist seit 2 Jahren beschwerdefrei und zeigt der gegenwärtige Befund: Eine leichte Atrophie der rechten unteren Muschel, die mittlere fast normal; links ist durch kompensatorische vasomotorische Hypertrophie keinerlei Anzeichen der hier vorhanden gewesenen Atrophie zu sehen. Der Pharynx ist normal. Der Fall kann im wahren Sinne des Wortes als Dauerheilung bezeichnet werden; selbstverständlich besteht, da gar keine pathologische Sekretion in der Nase mehr vorhanden ist, keinerlei Foetor. Der Fall ist ein zu den bisher demonstrierten Fällen von Dauerheilung nach Vaccinebehandlung neu hinzukommender.

Aussprache.

Hr. Fein richtet an Herrn Hofer das Ersuchen, in Hinkunft jene Fälle von Ozaena, die er mit seiner Vaccine zu behandeln gedenkt, schon vor Beginn der Behandlung vorzuzeigen, damit auch anderen Beobachtern Gelegenheit geboten werde, die Erfolge festzustellen.

Hr. Hajek: Es wäre erwünscht, wenn das Serum einer Anzahl von Fachärzten zur Nachprüfung übergeben würde. Wirkliche Atrophie der Nasenschleimhaut kann nicht derart ausheilen, daß die Atrophie verschwindet.

Hr. G. Hofer (Schlußwort): Ich möchte bemerken, daß das Wort Atrophie selbstverständlich nur im klinischen Sinne gemeint sein kann, d. h. daß die betreffende Muschel verschmälert war. Ob diese Verschmälerung auf einer Resorption des Knochens, Atrophie der Muschel, Gefäße oder sonst auf einem Umstande beruht, das kann nur ein histologischer Befund entscheiden, der hier natürlich nicht gemacht wurde. Tatsache bleibt aber, daß die zur Zeit der Erkrankung verschmälerte rechte untere Muschel gegenwärtig als sehr voluminös imponiert.

Was die Verwertung der Vaccine betrifft, so glaube ich mitteilen zu dürfen, daß trotz aller erschwerenden Umstände die Herstellung einer solchen in größerem Maßstabe im Gange ist. Dann wird es auch möglich sein, Vaccine allgemein zur Verfügung zu stellen.

Ich wollte Ihnen, meine Herren, mit meiner Demonstration lediglich das geschilderte Phänomen der vasomotorischen Hypertrophie sowie neuerlich die Heilungsmöglichkeit der genuinen Ozaena vor Augen führen.

V. Hr. Feuchtinger: 1. **Carcinoma des harten Gaumens.** Die Erkrankung an dem 60jährigen Mann begann vor 3 Monaten mit einer ganz kleinen rinnenförmigen Öffnung im Gaumen vom Mund zur Nase. Bei der ersten Untersuchung an der Klinik vor etwa 4 Wochen war ein hellergroßer Defekt daselbst in der Mittellinie, der in beide Nasenseiten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

führte. Der Rand des Defektes war glatt, nicht verdickt, kein Anzeichen einer carcinomatösen Infiltration in der Umgebung desselben. Trotzdem also die Zeichen des Tumors fehlten, ergab die Probeexcision verhornendes Plattenepithelcarcinom.

Drüsenschwellungen bestehen derzeit nicht. Patient wird einer Radiumbehandlung unterzogen. Patellarreflex gesteigert. Babinski beiderseits, rechts schwächer, auslösbar, kein Romberg, keine Koordinationsstörung, Sensibilitätsprüfung und Prüfung der thermischen Empfindlichkeit ergibt nichts Pathologisches. Im Liquor Wassermann fraglich. Die Atembeschwerden des Patienten waren, da die Stimmlippen sich nur auf etwa 3 *mm* öffneten, so bedeutend, daß am 18. III. 1919 eine Tracheotomie gemacht wurde.

Seither ist die Stimme des Patienten beträchtlich gebessert, die Stimmritze ist bereits so weit, daß Patient mit geschlossener Kanüle ausreichend atmen und nächstens dekanüliert werden kann.

2. **Beiderseitige Posticusparese aus unbekannter Ätiologie.** Der Beginn der Erkrankung bei dem 60jährigen Patienten reicht 2 Jahre zurück. Seit etwa 6 Monaten bestehen verstärkte Atembeschwerden, seit 2 Monaten Heiserkeit. Lues wird negiert. Die Untersuchung des Halses und Durchleuchtung des Thorax gibt keine Erklärung für den Larynxbefund. Innere Organe gesund. Wassermann im Serum negativ, Augenhintergrund ohne pathologischen Befund. Der Nervenbefund (Doz. Economo) ergibt einige auffallende Symptome, die sich aber nur schwer in ein Bild zusammenbringen lassen. Es bestehen bei dem Patienten: Geringe Ungleichheit in den Pupillen, dieselben etwas entrundet, Facialis links eine Spur < rechts, Rachenreflex rechts nicht auslösbar, links sehr lebhaft. Sensibilität und Reflex im Larynx ungestört. Bauchdecken-, Cremasterreflex fehlen, Sehnenreflexe lebhaft.

VI. Hr. Marschik: **Larynxstenose durch Pemphigus.**

Die zur Diagnosestellung gezeigte 65jährige Patientin ist angeblich schon vor 6 Jahren auf der Klinik Riehl wegen Pemphigus des Stamms und des Rachens in Behandlung gestanden. Seither zeitweilige Nachschübe. Seit 2 Jahren Heiserkeit, in den letzten Wochen zunehmende Atembeschwerden. Die Patientin zeigte bei der Aufnahme eine große Blase am weichen Gaumen, welche die Diagnose sicherte. Derzeit sind im Rachen nur feine, streifenförmige Narben und einzelne Epithelfetzchen zu sehen. Im Verlaufe des hiesigen Aufenthalts (seit 2 Monaten) konnten wir Nachschübe von großen Blasen im Bereich des Kehlkopfeinganges beobachten. Der Larynxbefund zeigt derzeit eine höhergradige Stenose des Eingangs, erzeugt durch eigenartige omegaförmige Einrollung der Epiglottis mit Verbackung der laryngealen Fläche. Verkürzung und damit tabaksbeutelartige Zusammenschnürung der Schleimhaut des übrigen Kehlkopfeingangs. Meiner Ansicht nach ist auch diese Stenose durch Pemphigus erzeugt. Das Interessante ist nun, daß die Patientin Lues zugibt, der Wassermann positiv ist und sie deshalb auch in einem anderen Spital, allerdings vergeblich, antiluetisch behandelt worden ist. Trotzdem hängt meines Erachtens die Larynxstenose ebenso wie die Narben im Rachen nicht mit Lues zusammen. Was mich zu dieser Anschauung bestimmt, das ist die auffallende Zartheit und Oberflächlichkeit aller dieser Narben. Wir sehen keiner-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lei tiefere Defektbildung, keinerlei größere Narbenstränge, wie wir sie bei ausgeheilter Lues dieser Gegend zu sehen gewohnt sind. Auch am Kehlkopfeingang sind die Erscheinungen der Vernarbung ganz oberflächlich, fast nur dem Epithel- und subepithelialen Gewebe angehörig. Daß im Laufe des Pemphigus Narbenbildung auftritt und auftreten kann, ist bekannt, und ich möchte daher noch einmal auf den Unterschied zwischen den ausschließlich in den obersten Schichten sich abspielenden pemphigoiden Prozessen und der Syphilis hinweisen.

VII. Hr. Menzel: **Rhinitis vasomotoria.** Bericht über ein während der ersten 4 Monate des laufenden Jahres sowohl an seinem Krankenkassenmaterial als auch an dem der Privatpraxis beobachtetes gehäuftes Auftreten einer Form der Rhinitis vasomotoria. Aus einer die Jahre 1912 bis 1919 umfassenden Statistik geht hervor, daß die Prozentzahl der Gesamtsumme der beobachteten Patienten in den ersten 4 Monaten 1919 8—9mal so groß ist als in den vorangegangenen Jahren, ferner daß die Prozentzahl, berechnet aus der Privatpraxis, doppelt so groß ist als aus der Kassenpraxis, und zwar nicht nur in dem mehrfach erwähnten Zeitraum, sondern auch in allen vorhergegangenen Jahren. Daraus ist zu schließen, daß nicht mangelhafte Ernährung als ätiologisches Moment in Betracht kommt, sondern daß es sich wahrscheinlich um eine Schädigung des Nervensystems und der Psyche handelt, wie sie ja der Krieg, namentlich die Zeit des Waffenstillstandes mit ihren innerpolitischen, besonders die besitzenden Klassen betreffenden Umwälzungen in reichlichem Maße herbeigeführt hat. Daher das größte Kontingent der Fälle von Rhinitis vasomotoria in den ersten 4 Monaten des laufenden Jahres. (Erscheint ausführlicher an anderer Stelle.)

Aussprache.

Hr. Hajek: Eine sichere Ätiologie und Behandlung der Rhinitis vasomotoria ist nicht bekannt. (Bericht nicht eingelangt.)

Hr. Kofler: Prof. Hajek sprach soeben von den noch vielfach unbekannten Ursachen der Rhinitis vasomotoria. Da benütze ich nun die Gelegenheit, auf eine Beobachtung hinzuweisen, die ich durch einige Jahre hindurch gemacht und verfolgt habe und die meines Wissens noch nicht bekannt oder zum mindesten nicht niedergelegt ist. Ich habe nämlich gefunden, daß die Rhinitis vasomotoria eine konstante Begleiterscheinung der typischen Tonsillitis chronica, ja geradezu ein Symptom derselben ist. Ich habe auch manchmal gesehen, daß Beschwerden von Seite der Nase, die auf eine Rhinitis vasomotoria zurückzuführen waren, sich nach der Tonsillektomie allmählich bedeutend gebessert haben. Ich habe mir über den Zusammenhang zwischen Tonsillitis chron. und Rhinitis vasomotoria dreierlei verschiedene Erklärungen zurechtgelegt, doch will ich davon heute nicht sprechen. Ich möchte auch betonen, daß ich weit davon entfernt bin, die Tonsillitis chronica als alleinige Ursache der Rhinitis vasomotoria anzusprechen.

Hr. L. Réthi bestätigt das häufigere Auftreten derartiger Fälle seit einem Jahr etwa. Allerdings sind sie nicht genau so, wie wir sie bei der Rhinitis vasomotoria zu sehen gewohnt sind; die Sekretion ist

Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

wesentlich geringer und der Niesreiz oft minimal. Ein kausaler Zusammenhang mit den Nerven wird da wohl angenommen werden dürfen.

VIII. Hr. Vollbracht (als Gast): **Intravenöse Kalktherapie. Heilerfolge durch Afenilinjektionen bei Heufieber.** (Erschien unter den Originalien voriger Nummer.)

Aussprache.

Hr. Kofler: Ich kann das Afenil ebenfalls wärmstens gegen Heufieber empfehlen. Vor kurzem war eine Patientin aus Berlin in meiner Ordination, die von der Afenilbehandlung im vorigen Jahr so sehr befriedigt war, daß sie auch heuer diese Behandlung unbedingt wünschte. Da ist es nun auch interessant zu erfahren, daß diese selbe Patientin vor 2 Jahren über Verordnung ihres Berliner Arztes Calcium lacticum vom Jänner angefangen täglich bis zum Eintritt der Blütezeit innerlich genommen hat, doch ohne jeden Erfolg.

Österreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

Sitzung am 1. April 1919.

Hr. Leo Hajek: **Über Sprechmaschinen und Sprechmaschinentechnik.** Ausgehend vom ersten Apparat Edisons besprach Vortr. zunächst das Prinzip der Sprechmaschinen im allgemeinen und erläuterte dann den Unterschied zwischen Phonograph und Grammophon. Ersterer registriert entsprechend der Stellung der Membran parallel zur Aufnahmefläche die Schallwellen in Furchen, die aus Wellenbergen und -tälern zusammengesetzt sind. Das Grammophon (System Berliner) nimmt, da die Membran senkrecht zur Aufnahmefläche steht, in Wellenlinien auf. Will man besondere Tonfülle und Stärke erzielen, so greift man zu Spezialkonstruktionen, wie eine solche z. B. das Elgéphon ist; bei diesem wird durch eine originelle Anordnung der Schreibhebel dazu verwendet, einen Strom von komprimierter Luft zu komprimieren, der seinerzeit kleine Gasflammen beeinflußt, wodurch kräftige Schallwellen erzeugt werden. Die Güte der Aufnahmen hängt zum großen Teil von der Erfahrung und Routine des Aufnehmenden ab. Von den so gewonnenen Aufnahmen (Records) werden auf galvanoplastischem Wege vernickelte Kupfernegative hergestellt, von denen entweder durch Abguß oder durch Pressen aus einem Hartgummi ähnlichen Material Kopien erzeugt werden. Interessant ist auch die Erfindung des Dänen Paulsen, das sogenannte Telegraphon, bei dem ein Draht als Aufnahmeorgan benützt wird. Nach Besprechung der Kombination Phonograph-Kinematograph, die aber noch an den Schwierigkeiten, synchrone Aufnahmen und Reproduktionen herzustellen, leidet, schloß Herr Hajek seine überaus instruktiven und interessanten Ausführungen mit dem Hinweise auf die große Bedeutung der Sprechmaschinen für verschiedene Disziplinen der wissenschaftlichen Forschung.

Hugo Stern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Referate.

Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse.

Der Drüsenkrebs des harten Gaumens. Von Georg Boenninghaus. (Erschienen in der Inaug.-Diss. der Universität zu Breslau. Tübingen 1917.)

Der Autor behandelt den primären Krebs des harten Gaumens und differenziert diesen als den von der Schleimhaut des harten Gaumens ausgehenden Drüsenkrebs mit ausdrücklichem Ausschluß 1. der von der Nase und ihren Nebenhöhlen ausgehenden, 2. des Plattenepithelcarcinoms der Schleimhaut des Oberkiefers, 3. der vom Zahnfortsatz ausgehenden und endlich 4. mit Ausschluß aller jener Fälle, bei denen der ganze Oberkiefer diffus ergriffen war, so daß der primäre Sitz nicht mehr festgestellt werden konnte.

An der Hand eines eigenen, auf der Klinik Küttner in Breslau beobachteten Falles und weiterer 18 Fälle, die mit Ausschluß der oben genannten in der Literatur näher beschrieben sind, wird das Thema des näheren erörtert. Histologisch teilt sich die Materie in den eigentlichen Drüsenkrebs und in das sogenannte Zylindrom. Über die Stellung der letzteren wird an der Hand der einschlägigen histologischen Literatur, vornehmlich der Arbeit von Ribbert, Stellung genommen. Auf Grund dieser Untersuchungen gelangt der Verfasser zu nachfolgenden Schlüssen: 1. Der Drüsenkrebs des harten Gaumens kommt in der Form des hornfreien, adenogenen Hautkrebses und des Zylindroms vor. 2. Die viel umstrittene Einheit beider Formen wird durch den gelegentlichen Übergang des einen in den anderen bewiesen. 3. Die Einheit wird gestützt durch die Gleichheit des klinischen Bildes. 4. Diese Einheit wird hervorgerufen durch Abkapselung der Tumoren, wodurch eine relative Gutartigkeit gegenüber dem Plattenepithelcarcinom bedingt ist, die beim Cylindrom größer, beim Adenocarcinom geringer ist. 5. Die relative Gutartigkeit zeigt sich in der Kugelform des Tumors, in der Intaktheit der Schleimhaut und in dem langsamen Wachstum. 6. Dieser Ausdruck der Gutartigkeit des primären Tumors am harten Gaumen bleibt gewöhnlich sogar bestehen beim Eintritte des schneller verlaufenden bösartigen Stadiums. 7. Letzteres kennzeichnet sich durch das Wachstum des Tumors durch die Gaumenplatte in die Nasen- oder Kieferhöhle, ferner klinisch durch Nasenverstopfung und Auftreibung des Oberkiefers und 8. die Behandlung besteht in der Entfernung des Gaumentumors, möglichst im gutartigen Stadium.

G. Hofer.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Ohrenabteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. G. Alexander).

Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde.[1])

Von Dr. **A. J. Cemach**, Assistent der Abteilung.

(Mit 4 Figuren.)

M. H.! In der Aprilsitzung 1917 hatte ich die Ehre, Ihnen die erste Mitteilung zu machen über günstige Resultate, die ich durch Bestrahlung verschiedener Ohrenkrankheiten mit Quecksilberdampflicht erzielen konnte. Seither bot sich mir öfters Gelegenheit, an dieser Stelle über weitere Erfolge zu berichten. Auf Grund der im Laufe von 3 Jahren gesammelten Erfahrungen darf ich mir nunmehr erlauben, Ihnen einen zusammenfassenden Bericht zu erstatten und mein Urteil darüber abzugeben, was die Ohrenheilkunde von dieser neuen Heilmethode zu erwarten hat.

Seit der epochemachenden Entdeckung Finsens und den aufsehenerregenden Erfolgen, die Bernhard und Rollier im Schweizer Hochgebirge durch Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit den Strahlen der natürlichen Höhensonne erzielten, hat die Strahlentherapie in kürzester Zeit eine geradezu überragende Stellung gewonnen und sich allmählich die meisten Gebiete der praktischen Medizin erobert. Nur unser Fach ist mit der Zeit nicht mitgegangen. Mit Unrecht. Denn wie schon die in relativ geringem Umfange angestellten Versuche Alexanders seinerzeit lehrten, ergab auch eine mit ganz primitiven Mitteln durchgeführte Belichtung tuberkulöser Mittelohrprozesse eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes. Aus dieser Beobachtung wurden aber keine weiteren Konsequenzen gezogen. Auch die inzwischen erfolgte Erfindung der billigen und handlichen Quarzlampen, die, als Ersatz der natürlichen Höhensonne eingeführt, einen Siegeszug durch die Medizin antreten konnten, blieb ohne Widerhall in der Otologie.

Meine weiteren Ausführungen stützen sich vornehmlich auf Erfahrungen, die ich mit diesen Quarzlichtapparaten gesammelt habe. Da ich aber auch über eine Anzahl von Fällen verfüge, die mit dem Lichte der

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Österr. otologischen Gesellschaft am 28. IV. 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

natürlichen Sonne und anderer künstlicher Lichtquellen behandelt wurden. erlaube ich mir, mein Thema weiter zu fassen und über die Lichttherapie im allgemeinen zu sprechen.

Als Rollier seine verblüffenden Erfolge der staunenden Welt mitteilte, vertrat er den Standpunkt, daß die eminente Heilwirkung der Sonnenstrahlen nur im Hochgebirge zur Geltung komme. Er führte mit Finsen die Heilkraft des Lichtes auf die Wirkung des kurzwelligen Teiles des Sonnenspektrums, d. i. der violetten und ultravioletten Strahlen, zurück, während er den langwelligen (rot-gelben) Strahlen eine therapeutische Wirkung abzusprechen geneigt war. Da nun die ultravioletten Strahlen beim Durchtritt durch die tieferen Luftschichten zum größten Teil absorbiert werden, nahm man an, daß die Tieflandsonne infolge ihrer Armut an heilkräftigen Strahlengattungen keine therapeutischen Fähigkeiten besitzt. Durch weitere theoretische Forschung und durch zahlreiche Beobachtungen in verschiedenen Lagen wurde diese Lehre jedoch sehr bald widerlegt. Zunächst erwies sich die Annahme, daß die heliotherapeutische Kraft einzig und allein auf den kurzwelligen Strahlen beruht, als irrig; es zeigte sich vielmehr, daß die stärkste Heilkraft dem unzerlegten Lichte zukommt, in dem alle Strahlengattungen eine spezifische Wirkung ausüben. Gleichzeitig wurde durch Versuche, die im Mittelgebirge, so in Bad Rappenau (Vulpius), Grimmenstein (Frankfurter), Aflenz (Wittek) und an der See (San Pelagio, Wyk-Föhr etc.) angestellt wurden, erwiesen, daß die Heliotherapie mit ausgezeichnetem Erfolge in jeder Höhe durchgeführt werden kann. Schließlich haben die Resultate, welche Pirquet in seinem Dachgarten in der Wiener Kinderklinik erzielte, den Beweis erbracht, daß das wirksame Agens des Sonnenlichtes auch in der mit Ruß und Staub geschwängerten Atmosphäre der Großstadt mit Vorteil ausgenützt werden kann.

Während so das Dogma von der therapeutischen Alleinherrschaft der Höhensonne erschüttert und die heilkräftige Wirkung der Tieflandsonne allgemein anerkannt wurde, zeigte sich jedoch unzweifelhaft, daß die praktische Durchführung der Heliotherapie in der Ebene und insbesondere in der Großstadt auf viele Hindernisse stößt. Die größte Schwierigkeit bildet die kurze Sonnenlichtdauer und die Ungleichmäßigkeit der Besonnung in unseren Breiten, die zuweilen eine systematische Lichtbehandlung geradezu unmöglich macht. Die Tücken der Witterung zwangen den Lichttherapeuten, in künstlichen Lichtquellen einen Ersatz für das fehlende Sonnenlicht zu suchen. Daß alle diese Lichtquellen infolge ihrer vom natürlichen Sonnenlicht mehr oder weniger abweichenden spektralen Zusammensetzung keinen vollwertigen Ersatz desselben bilden können, bedarf wohl keines Wortes. Andrerseits steht es aber

Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

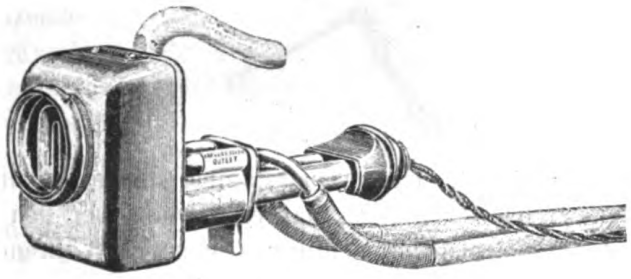
auf Grund zahlreicher verläßlicher Beobachtungen fest, daß sich auch mit diesen Lichtquellen sehr schöne, zum Teil ganz eigenartige Erfolge erzielen lassen. Dieser Umstand, verbunden mit dem großen Vorzug, daß man die künstlichen Lichtquellen zu jeder Zeit und überall verwenden kann, sicherte ihnen eine alle Erwartungen übertreffende Verbreitung. Heute ist kein Krankenhaus mehr ohne Bestrahlungsapparat denkbar.

Als Ersatzmittel für Sonnenlicht eignet sich jede starke Lichtquelle. Dem Spektrum der Sonne nähert sich am meisten das des Kohlenbogenlichtes, weshalb dieses von vielen Autoren bevorzugt wird. Einen außerordentlichen Reichtum an ultravioletten Strahlen weist dagegen das Quecksilberdampflicht auf. Dieses Licht hat in der Form der sogenannten Quarzlampen eine solche Bedeutung in der Medizin erlangt, daß heute der Begriff „Kunstlichtbehandlung" fast gleichbedeutend ist mit „Quarzlichtbehandlung".

Der Lichtbogen des Quecksilberdampfes entsteht zwischen den Polen zweier Quecksilbersäulen, die sich in beiden Schenkeln eines hufeisenförmig gebogenen, luftleeren, an eine elektrische Stromleitung angeschlossenen Behälters befinden. Die starke ultraviolette Ausstrahlung dieses Lichtbogens kommt aber nur dann zur Geltung, wenn der Behälter aus einem für ultraviolette Strahlen durchgängigen Material hergestellt ist. Als solches hat sich Quarz am besten bewährt, so daß jetzt alle Quecksilber-Leuchtkörper aus geschmolzenem Quarz hergestellt werden. Gewöhnliches Glas absorbiert die kurzwellige Strahlung fast ganz.

Kromayer und Küch ist es im Jahre 1906 gelungen, die erste praktisch brauchbare Quarzlampe zu konstruieren, die unter dem Namen

Fig. 1.



Die Kromayerlampe.

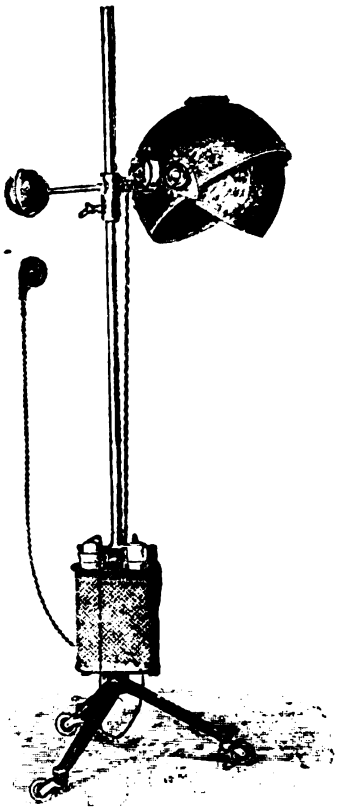
„Kromayerlampe" große Verbreitung in der Dermatologie erlangt hat. Sie bauten einen kleinen Quarzbrenner in ein faustgroßes, mit einem Quarzfenster versehenes Gehäuse ein, in dem kaltes Wasser zirkulierte (Fig. 1). Dadurch entzogen sie dem Lichte die meisten Wärmestrahlen

Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

und ermöglichten die bequeme Handhabung der starken Lichtquelle, die ohne Gefahr der Verbrennung bis an die kranke Hautstelle herangeführt werden kann. Sie wird hauptsächlich für örtliche Bestrahlung benützt.

Für allgemeine Quarzlichtbäder, die die allgemeine Bestrahlung mit natürlichem Sonnenlicht ersetzen sollten, war die Kromayerlampe zu klein und zu lichtarm. Für diese Zwecke ließ Dr. Bach in Bad Elster einen großen 3000 Kerzen starken Quarzbrenner konstruieren, der sich nur für

Fig. 2.



Distanzbestrahlung eignet. Diese Quarzlampe, die sogenannte „künstliche Höhensonne“ (Fig. 2), hat eine weit über den Rahmen der Dermatologie hinausreichende Bedeutung gewonnen. Während des Krieges wurde sie in sehr großem Maßstab für den Verwundetendienst verwendet. Noch größere Quarzlampen hat Jesionek angegeben. Näheres über den Bau, die Installation und den Betrieb der verschiedenen Quarzlampensysteme findet sich in Sammelwerken [2]) und in den Prospekten der Quarzlampen-Gesellschaft in Hanau, die jedem Apparat beigegeben werden.

[2]) S. Literaturverzeichnis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zum richtigen Verständnis der Technik und Methodik der Quarzlichtbehandlung ist es nun notwendig, einige **physikalische Daten** in Erinnerung zu rufen.

Das Spektrum der Sonne reicht vom Rot bis zum Violett. Rechts vom Violett liegt die Zone der unsichtbaren ultravioletten Strahlen, links vom Rot die ebenfalls unsichtbare infrarote Strahlenzone. Die Wellenlänge der Strahlen nimmt von links nach rechts ab; die kürzesten Strahlen des violetten Endes des Sonnenspektrums haben eine Wellenlänge von zirka 300 $\mu\mu$. Eine ähnliche Zusammensetzung weist das Spektrum des Kohlenbogenlichts auf. Im Spektrum des Quarzlichts fehlt dagegen die rote Strahlengruppe gänzlich, während das ultraviolette Ende sehr stark entwickelt ist und erst bei einer Wellenlänge von 190 $\mu\mu$ abschneidet.

Durch diese Unterschiede der spektralen Zusammensetzung werden die Verschiedenheiten der Wirkung der genannten Strahlungen bedingt. Von der Wellenlänge hängt vor allem die Penetrationskraft der Strahlen ab, so zwar, daß die Tiefenwirkung parallel mit der Wellenlänge zunimmt. Dann ihre thermische Wirkung, indem hauptsächlich die langwelligen roten und infraroten Strahlen Träger der Lichtwärme sind. Ferner die Eigentümlichkeiten ihrer biologischen Wirkung: während die langwelligen roten Strahlen sich biochemisch nur wenig aktiv verhalten, die blauen nur schmerzlindernd und beruhigend wirken, kommt den kurzwelligen ultravioletten Strahlen eine intensive biochemische Wirkung zu.

Daraus folgt, daß das rotarme, ultraviolettreiche Quarzlicht nur geringes Penetrationsvermögen besitzt, daher sowohl vom Dunstkreis der Erde als auch von tierischen Geweben leicht absorbiert wird. Es ist infolge Mangels an roter Strahlung verhältnismäßig kalt, besitzt analgetische und reizende Eigenschaften (blaue und ultraviolette Strahlen). Die kürzesten ultravioletten Strahlen von 280 $\mu\mu$ abwärts üben eine starke Reizwirkung auf Haut und Schleimhäute aus: eine nur wenige Sekunden dauernde Einwirkung auf die Augen ruft eine heftige Bindehautentzündung, eine Belichtung von 2—3 Minuten ein dem Sonnenbrande ähnliches Erythem an der Haut hervor. Durch längere Belichtung können schwere Verbrennungen entstehen.

Nach Ablauf der Oberflächenentzündung bleibt in den meisten Fällen eine braune Pigmentierung der Haut zurück, die einige Wochen anhält und während dieser Zeit die Haut vor weiterer Schädigung durch Ultraviolettlicht schützt. Auf gut gebräunter Haut tritt auch nach längerer Besonnung bzw. Quarzlichtbestrahlung keine entzündliche Reaktion auf.

Die Entstehung des Pigments und seine Rolle im Prozeß der Lichtwirkung sind noch keineswegs geklärt. Meirowsky u. a. nehmen als

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorbedingung für die Pigmentbildung die Anwesenheit eines oxydativen Ferments in der Epidermis an, das unter der Einwirkung des Lichtes die autochthone Entstehung der Pigmentkörner aus den Stoffwechselprodukten vermittelt. Diese Hypothese scheint die frühere Auffassung des Pigments als hämatogenes Spaltungsprodukt gänzlich verdrängt zu haben.

Über die praktische Bedeutung des Pigments gehen die Ansichten weit auseinander. Während die einen in ihm nur ein Schutzmittel sehen, das die Natur auf den chemischen Reiz des Lichtes ablagert, um die Haut gegen die schädlichen Einflüsse einer überstarken Belichtung zu schützen, schreiben ihm die anderen eine positive Wirkung zu. Rollier sieht in ihm einen Transformator, der die kurzwelligen Strahlen in langwellige verwandelt, die ihre biologische Wirksamkeit ohne Schädigung der Haut zu entfalten vermögen. Jesionek erhebt die Pigmentkörner zu Trägern der von ihnen absorbierten Lichtenergie, die sie den Körpersäften zuführen, wo sie als spezifisches Heilmittel wirkt. Alle diese Hypothesen konnten nicht einmal dazu beitragen, daß der prognostische Wert der Pigmentbildung richtig eingeschätzt werde. Die meisten Autoren erkennen wohl mit Rollier an, daß eine kräftige Pigmentierung der Haut, als Zeichen einer erhaltenen Reaktionsfähigkeit der Zellen, einen guten Erfolg der Behandlung verbürgt. Vulpius sah dagegen ausgezeichnete Heilerfolge bei chirurgischer Tuberkulose trotz Ausbleibens der Pigmentierung, und Reyn behauptet sogar, daß schwach pigmentierte Patienten sich schneller erholen als tiefgebräunte. Ich vermute, daß hier eine Verallgemeinerung einzelner Ausnahmsfälle stattgefunden haben wird, durch die sich die positive Bedeutung einer gesunden Pigmentbildung nicht wegdisputieren läßt. Die Wahrheit wird in der Mitte liegen: kräftige Bräunung ist zumindest als prognostisch günstiges Zeichen aufzufassen, das sich aber nur im positiven Sinne verwerten läßt. Schlechte oder fehlende Pigmentierung darf an und für sich nicht als Signum mali ominis gedeutet werden. Es dürfen ferner auch die zwischen Haarfarbe und Pigmentbildungsvermögen zweifellos bestehenden Wechselbeziehungen nicht außer acht gelassen werden.

Wie die Pigmentlehre, bewegt sich die **Theorie der Lichtwirkung** überhaupt größtenteils noch auf dem Boden der Hypothese und vermag für die rätselhaften Vorgänge keine befriedigende Erklärung zu geben. Wenn die junge Strahlenforschung derzeit auch schon über eine stattliche Reihe experimenteller Befunde verfügt, so lassen sich diese zum Teil recht schwer in Einklang bringen mit den auf empirischem Wege gewonnenen Tatsachen. Unsere bisherige, in vielen Beziehungen noch sehr unsichere Methodik ist auf reiner Empirie aufgebaut, ohne daß die Theorie imstande wäre, auf diesen Aufbau fördernd einzuwirken. Daher glaube ich, davon absehen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu können, auf die zum Teil sehr interessanten Theorien näher einzugehen, und werde der derzeit vorherrschenden Ansichten nur in aller Kürze gedenken.

Es steht fest, daß das Licht eine Lebensbedingung für den tierischen Organismus ist, daß er im Dunkeln verkümmert und zugrunde geht. Auch eine geordnete Regeneration abgetrennter Körperteile bei niederen Tieren ist nur bei Lichtzutritt möglich (Edwards). Bier stellt dasselbe mutatis mutandis für den menschlichen Organismus fest. Das Licht ist zweifellos von allen körperlichen Reizen der stärkste. Von den Zellen absorbiert, vermag es ihre Lebensweise entscheidend zu beeinflussen, so daß Heilwirkungen bei allgemeinen organischen Störungen die Folge sind. Diese Allgemeinwirkung des Sonnenlichts war schon den alten Griechen bekannt. Wieso sie zustande kommt, wissen wir allerdings auch heute noch nicht.

Die Allgemeinwirkung des Lichtes wäre am leichtesten verständlich, wenn das Blut die Strahlenenergie in sich aufnehmen würde. Das scheint aber nicht der Fall zu sein (Bering). Auch die von Rollier und anderen Autoren behauptete günstige Beeinflussung der Blutbildung und Blutbeschaffenheit (Vermehrung der roten Blutkörperchen, des Hämoglobins, Herabsetzung des Blutdrucks etc.) hat sich nicht einwandfrei als direkter Lichteffekt nachweisen lassen. Mangels solcher greifbarer, einer genauen Kontrolle zugänglicher Veränderungen suchen die Theoretiker der Lichtwirkung den eigentlichen Heilfaktor in allgemein-biologischen Vorgängen, die sich in dem allgemeinen Satze von der „Anregung der Lebenstätigkeit der Zellen" (Heusner) zusammenfassen lassen. Durch die chemisch wirkenden Strahlen sollen die oxydierenden und reduzierenden Prozesse in der Zelle, ihre Aufnahmsfähigkeit für Sauerstoff und ihr Vermögen, schädliche Stoffe auszustoßen, erhöht werden, was zu einer Steigerung des Stoffwechsels, des Gewebsaufbaues und der zellulären Wachstumsvorgänge führen soll.

Sind wir demnach in der Erforschung des Mechanismus der Sonnenwirkung noch keinen Schritt vorwärts gekommen, so erscheint uns die Heilwirkung des Quarzlichtes insofern noch weit rätselhafter, als dieses Licht anscheinend gar nicht die Fähigkeit besitzt, in den Organismus einzudringen. Nach Hasselbalch, der ultraviolettes Licht durch tierische Membranen filtrierte, wird schon in 0,1 *mm* Tiefe ein großer Teil und in 1 *mm* Tiefe fast die gesamte Strahlung absorbiert. Allerdings hat Hasselbalch die Penetrationskraft des Lichtes nur nach seiner Fähigkeit, photographisches Papier zu schwärzen, beurteilt, eine Fähigkeit, die sich nicht unbedingt mit jener, biologische Effekte im tierischen Gewebe auszulösen, decken muß. Die zahlreichen, zum Teil sehr geist-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichen Experimente aber, die sich mit der biologischen Tiefenwirkung des Quarzlichtes befaßten (Behring und Mayer, Mulzer, Schulz, Pürkhauser u. a.), führten zu so diametral entgegengesetzten Ergebnissen, daß von einer Lösung dieser grundlegend wichtigen Frage bis zur Stunde noch keine Rede sein kann. Die 12jährige Praxis hat allerdings inzwischen überzeugend dargetan, daß das Quarzlicht ebenso wie das Sonnenlicht in die Tiefe zu dringen vermag. Für jeden Praktiker, der mit Quarzlicht arbeitet und dessen Wirkung auch auf tiefliegende Prozesse zu beobachten Gelegenheit hat, unterliegt die Tiefenwirkung des Quarzlichtes keinem Zweifel mehr. Als Beispiel für ihren Effekt führe ich den Erfolg bei einer eitrigen Perichondritis der Ohrmuschel an, die ich hier vor kurzem vorgestellt habe. Auch dieser Prozeß wurde durch rein lokale Quarzlichtbestrahlung zur Heilung gebracht, obwohl er doch sicherlich durch eine mehr als 1 *mm* dicke Hautschicht von der Oberfläche getrennt war. Von zuverlässiger Seite sind ähnliche Erfolge bei Gelenkstuberkulose, Lymphadenitis etc. mitgeteilt worden.

Die Vorgänge, die sich bei lokaler Lichtwirkung im Krankheitsherd und seiner Umgebung abspielen, sind, zumal wenn der Prozeß oberflächlich liegt, einer direkten Beobachtung und Beurteilung leichter zugänglich. Der Bestrahlungseffekt äußert sich hier nach übereinstimmenden Ergebnissen experimenteller Forschung in der Anregung und Förderung der reaktiven Erscheinungen, auf denen die spontane Ausheilung entzündlicher Prozesse überhaupt beruht: der Exsudation, Proliferation und Gewebsregeneration. Es wird hier auf künstlichem Wege das geleistet, wozu die eigenen Mittel des Körpers nicht ausreichen. Der Prozeß wird in die Bahn möglichst günstiger physiologischer Bedingungen gelenkt.

Die ersten Folgen der lokalen Belichtung sind die Austrocknung des Gewebes, wodurch die Saugkraft einer etwa vorhandenen Wundfläche erhöht wird, und die entzündliche Hyperämie, die sich nicht allein auf die Haut, sondern auch auf die zuführenden Gefäßgebiete erstreckt. Die Gefäßerweiterung führt zum Austritt von Serum und Auswanderung von Leukocyten, wodurch die Vorbedingungen für eine kräftige Phagocytose gegeben sind. So werden die natürlichen Schutzkräfte des Gewebes mobil gemacht. An die Hyperämie und Exsudation schließt sich die Proliferation seitens der exsudierten Zellen sowohl wie vor allem seitens der fixen Zellen des Gewebes an, die zu Gewebsneubildung, also bei Wunden zu Epithelisierung und Vernarbung führt.

Die Hyperämie allein kann aber nicht die Ursache dieser Gewebsveränderungen sein, ebensowenig wie einfache Entzündung, denn es gelingt nicht, damit die gleichen Wirkungen wie durch Licht zu erreichen. Es müssen also dem Lichte besondere Fähigkeiten zukommen, welche im Verein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Hyperämie und Exsudation das lebende Gewebe derartig beeinflussen, daß Heilung angebahnt wird. Bering führt diese Fähigkeit auf die oben erwähnte Steigerung des zellulären Stoffwechsels, Breiger auf die durch die Lichtstrahlen hervorgerufene lokale Wärmebildung zurück. Diese spezifische Lichtwärme (Joulesche Wärme) wirkt viel tiefer und energischer als die sogenannte leitende Wärme. Je tiefer die Lichtwellen ins Gewebe eindringen, um so tiefer geht auch die Wärmeentwicklung vor sich. Dadurch vermag sie die Körperzellen viel intensiver zu beeinflussen als z. B. die durch die Biersche Heißluftbehandlung erzeugte Wärme, deren Tiefenwirkung kaum einige Millimeter beträgt (Berner, Nagelschmidt). Diese nicht von außen zugeleitete, sondern im Körperinnern entstehende Wärme ist ähnlich der Wärme, wie sie beim Stoffwechselprozeß sich bildet und wird ebensowenig wie diese im Körperinnern selbst als Wärme empfunden. Unter ihrem belebenden Einfluß sollen nun alle reaktiven Vorgänge ein schnelleres Tempo einschlagen.

Diese Auffassungen bringen die Elemente der lokalen Lichtwirkung unserem Verständnis näher. Finsen, der als erster auf die Rolle des Lichtes hingewiesen hat, legte das Hauptgewicht auf die Fähigkeit desselben, Bakterien zu töten. Durch weitere Untersuchungen wurde diese Annahme jedoch widerlegt. In vitro übt die Sonne und noch mehr die Quarzlampe freilich eine sehr intensive bakterizide Wirkung aus. Nach Friedberger und Shioji werden durch Quarzlicht bereits nach 10—20 Minuten alle aeroben und anaeroben Keime abgetötet. Diese Tötung findet aber im lebenden Gewebe entweder nicht statt (Schreiber und Germann) oder wird nicht durch direkte Lichtwirkung herbeigeführt. Jesionek, Backer, Siegert, Rost, Hoffmann u. a. haben die Beobachtung gemacht, daß tuberkulöse bzw. lupöse Herde, die in einem lichtundurchlässigen Verband eingeschlossen sind, bei systematischer Bestrahlung des übrigen Körpers ebensogut abheilen wie andere, die dem Lichte direkt ausgesetzt waren. Ein schlagender Beweis, daß die bakterizide Kraft der ultravioletten Strahlen indirekt ausgeübt wird.

Nach diesen Vorbemerkungen wollen wir uns nun der **Methodik und Technik der Quarzlichtbehandlung** zuwenden.

Wir sahen, daß sich das Quarzlicht durch das Fehlen des Rots und den Überfluß an kurzwelligstem, chemisch reizendem Ultraviolett von dem Naturlicht der Sonne unterscheidet. Es sind nun zahlreiche Versuche gemacht worden, die spektrale Zusammensetzung des Quarzlichts teilweise zu ergänzen, teilweise einzuschränken, um sie dem Spektrum der Sonne so weit als möglich gleichzugestalten. Dem Mangel an langwelliger Strahlung suchte man durch Anhängen von roten oder weißen Glühlampen (Glühlampenring nach Hagemann) oder durch besondere Er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gänzungslampen [Solluxlampe nach Heusner[3])] abzuhelfen. Das Übermaß an Ultraviolett wird durch Filter aus blauem Schottschem Uviolglas bzw. Uviolfilm beseitigt, die die kürzesten, über 280 μμ hinausreichenden Strahlen abblenden. Das ist nach Heusner die Grenze zwischen äußerem, stark oberflächlich reizendem und innerem, milde wirkendem Ultraviolett.

Die Ergänzung des Quarzspektrums gegen die rote Seite hin ist mehr von theoretischem Interesse als von praktischer Bedeutung, da sie die Bestrahlungstechnik kompliziert und verteuert, ohne die Heilerfolge in überzeugender Weise zu beeinflussen. Die Filtration des Quarzlichts durch Blauglas hat sich dagegen in mannigfacher Beziehung als sehr vorteilhaft erwiesen und zur Erweiterung des Wirkungsfeldes der künstlichen Lichttherapie beigetragen.

Das (filtrierte) Blaulicht der Quarzlampe wirkt zunächst viel milder als das unfiltrierte Quarzweißlicht, dessen chemische Oberflächenwirkung nach Bering und Mayer doppelt so groß ist. Es verursacht keine entzündliche Reaktion und erzeugt erst nach längerer Einwirkung ein Hauterythem. Es bietet daher den Vorteil, daß man sich mit der therapeutisch wirksamen Dosis nicht erst langsam einschleichen muß, sondern sofort mit halbstündigen Bestrahlungen beginnen kann, was technisch von hohem Werte ist. Als Mangel empfinden manche Autoren (Thedering) die geringe Pigmententwicklung bei Blaulichtbestrahlung angesichts der noch keineswegs geklärten therapeutischen Rolle des Pigments.

Das blaufiltrierte Quarzlicht besitzt ferner eine bedeutend größere Tiefenwirkung als das weiße. Ich habe oben dargetan, wie mangelhaft unsere theoretischen Kenntnisse in bezug auf die Tiefenwirkung des Quarzlichts sind, daß dieses Licht, das allem Anschein nach in den oberen Hautschichten ganz absorbiert wird, doch imstande ist, therapeutische Wirkungen auch in der Tiefe auszulösen. Dessenungeachtet bleibt die dem Quarzlicht direkt zugängliche Körperoberfläche seine Hauptdomäne und wir müssen von jedem Mittel Gebrauch machen, das seine experimentell meßbare Tiefenwirkung steigert. Als solches Mittel erweist sich nun nach

[3]) Es ist dies eine große Wolframglühfadenlampe von 600—2000 Kerzen, deren Glaskörper, um das Durchbrennen des Glühfadens zu verhüten, mit Stickstoff gefüllt ist. Sie erzeugt ein intensives weißes Licht unter sehr bedeutender Abgabe strahlender Wärme. — Ich habe die Sollux, mit einem trichterförmigen Sammelreflektor versehen, weniger als Ergänzungslampe gleichzeitig mit der Quarzlampe denn als selbständige Lichtquelle benutzt und sie mit sehr gutem Erfolge überall angewendet, wo wir sonst mit feuchter und trockener Wärme zu arbeiten pflegten, also hauptsächlich bei akuten und subakuten entzündlich-infiltrativen Prozessen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

übereinstimmenden Ergebnissen der neueren Forschung die Blauglasfiltrierung des Quarzlichts, nach Wichmann deshalb, weil die kurzwelligen Ultraviolettstrahlen durch Erzeugung einer oberflächlichen Entzündung die langwelligeren ultravioletten und violetten Strahlengruppen in ihrem Vordringen in die Tiefe behindern.

Ein weiteres Mittel, die Penetrationskraft des Quarzlichts zu erhöhen, ist die Kompression des Gewebes. Schon Finsen lehrte, daß die Absorption der Lichtstrahlen in der Haut vom Blute der Hautkapillaren besorgt wird, und gab die Kompression der Haut durch die Drucklinse seines Bestrahlungsapparats als Mittel an, durch Verdrängung des lichtabsorbierenden Blutes den Strahlen den Weg in die Tiefe freizumachen. Diesem Prinzip verdankt die Finsen-Methode ihre glänzenden Heilerfolge bei den tiefsitzenden Formen des Lupus. Für die Kompressionsbehandlung findet fast ausschließlich blaues Quarzlicht Verwendung, nicht nur wegen seiner stärkeren Penetration, sondern auch deshalb, weil das Weißlicht infolge seiner reizenden Eigenschaften schlecht vertragen wird und eine Hautnekrose an der Kompressionsstelle verursacht.

Die Wahl der Lichtgattung und der engeren Bestrahlungstechnik wird also bedingt durch die erstrebte therapeutische Wirkung. Das unfiltrierte Weißlicht ist überall dort indiziert, wo eine oberflächliche Hautentzündung mit nachfolgender Schälung der Epidermis erzielt werden soll, so z. B. bei Acne oder Ekzem. Wo dagegen eine milde Wirkung unter tunlichster Schonung der Haut angestrebt wird, wie bei dem Quarzlichtvollbad, oder wo in und unter der Haut sitzende pathologische Herde beeinflußt werden sollen, wie bei Lupus, dort wird man sich des Blaulichts bedienen, dessen Tiefenwirkung man je nach den Umständen durch Anämisierung der Haut mittelst der Drucklinse zu erhöhen trachten wird. Wo es sich endlich darum handelt, zugleich eine oberflächliche Nekrose zu erzielen, z. B. bei Teleangiektasien, ist Kompressionsbestrahlung mit Quarzweißlicht angezeigt.

Wie jedes differente Mittel kann auch das Quarzlicht seine eigenartige Heilkraft nur bei planmäßiger, zielbewußter Anwendung zur Geltung bringen, kann also nur in der Hand des denkenden und in der Pathologie vorgebildeten Arztes Erfolge zeitigen. Strenge Individualisierung, Vermeidung jedes schematischen Vorgehens, genaue Anpassung der Mittel an den erstrebten Heileffekt sind die Grundlagen einer erfolgreichen Lichtbehandlung.

Ein weiteres vielumstrittenes Problem der phototherapeutischen Methodik ist die Frage, ob allgemein oder lokal bestrahlt werden soll. Da aber diese Frage auch für die natürliche Heliotherapie Geltung behält und ihre praktische Bedeutung vorwiegend auf dem Gebiete

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Tuberkulosetherapie liegt, ziehe ich es vor, sie im Zusammenhang mit anderen phototherapeutischen Tuberkuloseproblemen zu behandeln.

Auf den oben erörterten Grundsätzen ist die allgemeine **Technik** der Quarzlichtbehandlung aufgebaut. Sie ist an und für sich äußerst einfach. Die Handhabung der Belichtungsapparate ist nach den beigegebenen Gebrauchsanweisungen leicht zu erlernen. Die Zündung erfolgt bei sämtlichen Quarzbrennern durch Neigen (Kippen) und Wiederaufrichten der Lampe, wobei sich der Lichtbogen zwischen den auseinandergehenden Quecksilbersäulen im Leuchtrohr bildet. Nach der Zündung und Einstellung arbeiten die Lampen ohne weitere Beaufsichtigung in ganz gleichmäßiger Weise stundenlang fort. Bei der Kromayerlampe muß die Wasserkühlung von Zeit zu Zeit nachgesehen werden.

Wegen der heftigen Reizwirkung des Quarzlichtes muß jede mit der Lampe arbeitende, bzw. ihren Strahlen ausgesetzte Person (Arzt, Wartepersonal, Patient) die Augen sorgfältig schützen, da schon wenige Sekunden dauernde Belichtung derselben heftige, äußerst schmerzhafte Konjunktivitis hervorruft. Am zweckmäßigsten geschieht das durch allseitig gut abschließende Schutzbrillen. Bei Krankheitsprozessen im Gesicht ist ein sauberer Augenverband aus hygienischen Gründen vorzuziehen. Soll das Gesicht (bei Vollbestrahlung) ganz unbelichtet bleiben, so wird es durch ein schwarzes Tuch abgedeckt. Im allgemeinen ist die Abdeckung einzelner Körperteile nicht zu empfehlen, da sie niemals ganz genau wiederholt werden kann, so daß bei den nächsten Sitzungen streifenförmige Verbrennungen am Rande der abgedeckten Partie entstehen.

Die Anwendungsweise der Quarzlampen ist je nach der therapeutischen Aufgabe verschieden.

Für Allgemeinbestrahlungen wird die Bachsche Quarzsonne mit oder ohne Glühlampenring verwendet; als Filter dient ein auf einem Rahmen aufgespannter Uviolfilm. Auf 80—100 *cm* Entfernung wird die Vorder- und Rückseite des Körpers bestrahlt. Wird filtriertes Licht angewendet, so kann man gleich in der ersten Sitzung 20—30 Minuten lang bestrahlen.

Bei Weißlichtbestrahlungen muß man dagegen mit ganz kleiner Lichtdosis beginnen. Da eine stärkere Hautreaktion unbedingt vermieden werden soll, ist äußerste Vorsicht am Platze. Die Regel ist: lieber zu schwach als zu stark bestrahlen. Allgemein gültige Belichtungszeiten lassen sich nicht angeben; sie hängen ab von der individuellen Empfindlichkeit des Patienten, von der Beschaffenheit der Haut (dicke, fette, dunkle Haut verträgt größere Lichtdosen als dünne, trockene, blasse), von der Betriebsdauer der Lampe (die Intensität des Lichtes nimmt bei längerem Gebrauch ab). Es ist Sache der Erfahrung, die richtige Anfangsdosis zu

Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

finden. Eine brauchbare dosimetrische Methode für Quarzlicht besitzen wir vorläufig nicht. Es kann daher auch dem Erfahrenen eine Überdosierung Körper bestrahlen. Bei dieser Hautentzündung keine bösen Folgen haben.

Ich beginne gewöhnlich mit je 3—5 Minuten auf Vorder- und Rückseite aus 80 *cm* Entfernung. Ist kein Erythem aufgetreten, bestrahle ich nach 2—3 Tagen um 2—3 Minuten länger und gehe so langsam steigend und die Entfernung der Lampe von der Haut allmählich bis auf 40 *cm* herabsetzend vor, bis kräftige Bräunung der Haut eintritt. Ist nach der ersten Bestrahlung doch stärkeres Erythem aufgetreten, das durch Jucken und Brennen lästig empfunden wird, so setze ich unter Puderbehandlung einige Tage aus, bis sich die Haut zu schälen beginnt, und nehme dann die Bestrahlung vorsichtig wieder auf. Um mich dieser Verzögerung nicht auszusetzen und gleich mit der Volldosis beginnen zu können, bediene ich mich zunächst mit Vorliebe des filtrierten Lichts. Vollbäder mit Weißlicht werden eigentlich nur bei gewissen universellen Dermatosen verwendet. Ist nun einmal durch systematische Gewöhnung der Haut an den Lichtreiz eine kräftige Pigmentierung ausgebildet, so kann man den Körper ohne jede Schädigung auch stundenlang dem Quarzlicht aussetzen. Ich verwende dann prinzipiell das unfiltrierte Weißlicht, um auch die Wirkung der kürzesten ultravioletten Strahlen, deren Rolle im Heilungsprozeß noch keineswegs feststeht, voll ausnützen zu können.

Für die lokale Bestrahlung und Tiefentherapie kommt fast nur die Kromayerlampe in Betracht, da sie dank ihrer Wasserkühlung ganz nahe an die Haut herangeführt werden kann. Als Filter werden Blauscheiben aus Uviolglas gebraucht. Bei Tiefenbestrahlung mit Kompression wird die Blauscheibe nach Losschrauben des Quarzfensters in das Gehäuse versenkt, wo sie vom Wasser mitbespült wird. Die Kompression geschieht durch festes und gleichmäßiges Aufsetzen des Quarzfensters oder eines vorgeschalteten Kompressoriums auf die Haut. Dazu wird, wenn nicht vorsätzlich Nekrose erzeugt werden soll, nur Blaulicht benützt. Die der Haut nicht direkt anliegenden Teile des Quarzfensters müssen durch Aufkleben von Papier verdeckt werden, da sonst in der Umgebung der Druckstelle Verbrennungen entstehen. Man beginnt mit schwächster Lichtintensität und steigert sie allmählich unter Benützung der Reguliervorrichtung des an der Lampe befindlichen Rheostaten.

Die Belichtungsdauer richtet sich nach dem therapeutischen Ziel. Wünscht man eine Hautentzündung mit nachfolgender Schälung zu erzeugen, z. B. bei Acne, so belichtet man aus 10 *cm* Entfernung 4—6 Minuten mit Weißlicht. Wird eine Reinigung stark belegter Wundflächen bezweckt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so werden dieselben ½ Stunde lang in unmittelbarer Nähe dem Weißlicht ausgesetzt. Soll dagegen nur eine bessere Epithelisierung angeregt werden, so wird vorsichtig mit Blaulicht bestrahlt. Die spezielle Technik wird bei der Besprechung [illegible]organs kommt. [illegible]krankungen absehen, nur örtliche Bestrahlung [illegible]tracht. Oberflächliche Erkrankungen der Ohrmuschel lassen sich sehr wohl mit der Kromayerlampe, ja sogar mit der Quarzsonne (mit Hilfe einer Blende) belichten. Soll jedoch die heilsame Wirkung des Quarzlichts auch den Erkrankungen des Gehörgangs und mittleren Ohres zugute kommen, so mußte ein Mittel gefunden werden, die Strahlen bis ans Trommelfell resp. in die Trommelhöhle hinein zu leiten. Diese Aufgabe wurde gelöst durch Anwendung von stäbchenförmigen Quarzansätzen, wie sie zuerst von Schüler zur Belichtung der Harnröhre angegeben worden sind. Ich ließ mir einen passenden runden Quarzstift von 5 *mm* Durchmesser mit leicht abgerundetem Ende herstellen, der mittelst eines besonderen Ansatzhalters bequem dem Quarzfenster der Kromayerlampe adaptiert und mit einem Griff entfernt oder ausgewechselt werden kann. Für andere Zwecke, speziell für die Behandlung von Operationshöhlen, ließ ich verschieden dimensionierte Quarzstifte anfertigen. In diesen Ansatzstiften findet eine totale Reflexion der Strahlen an dem inneren Zylindermantel statt, so daß trotz ihrer verhältnismäßig großen Länge kein Licht verloren geht und dasselbe ungeschwächt am Vorderende des Stiftes austritt.

Mit dieser Vorrichtung ist es mir versuchsweise gelungen, mittelst der in üblicher Weise an einem Suspensionsstativ befestigten Kromayerlampe Bestrahlungen des Mittelohres vorzunehmen. Die Behandlung stieß aber auf große Schwierigkeiten, da mangels einer genauen Einstellung der Stift von den Patienten schlecht vertragen wurde und Verletzungen der Gehörgangswände schwer zu vermeiden waren. Ich ließ daher die Kromayerlampe an einem Spezialstativ anbringen mit bequemer vertikaler und horizontaler Verstellung des Lampenträgers, die mittelst einer doppelten Zahnradvorrichtung bewerkstelligt wird. Die Lampe selbst ist nach jeder Richtung drehbar, so daß eine präzise Einstellung derselben in jeder gewünschten Ebene leicht und sicher erfolgen kann. Die so veränderte Kromayerlampe (Fig. 3[1]) erlaubt eine ganz genaue Zentrierung des Stiftes und schmerzlose Einführung desselben in den Gehörgang, so daß die Belichtung der Mittelohrorgane bequem vorgenommen werden kann.

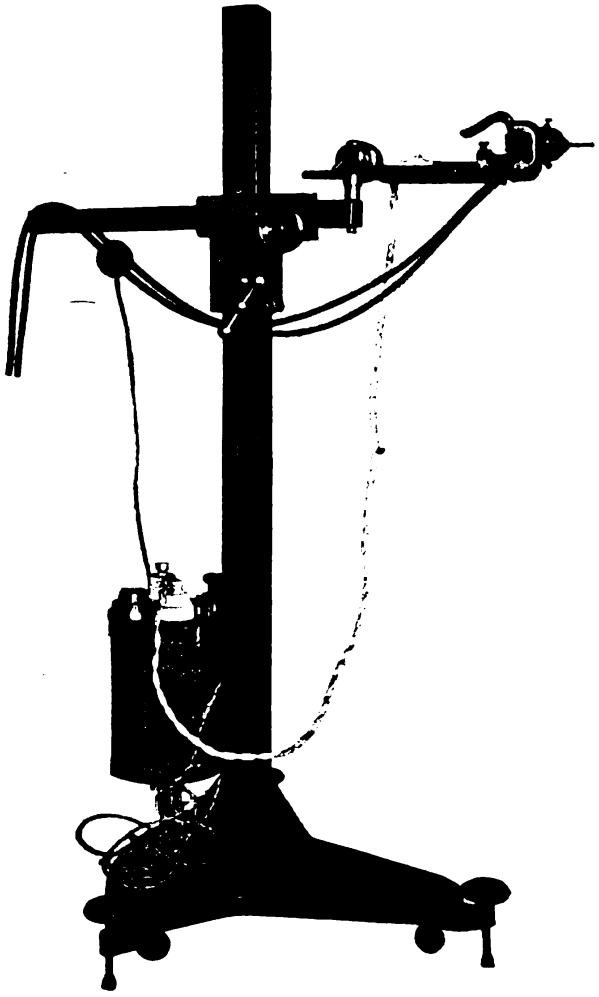
Bei der hochgradigen Empfindlichkeit des Gehörgangs und Trommelfells darf nur mit Blaulicht gearbeitet und mit äußerster Vorsicht, mit

[1]) Das hier abgebildete Stativ stellt ein Provisorium dar

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwacher Lichtintensität und ganz kurzen Belichtungszeiten beginnend, vorgegangen werden. Eine Lichtreaktion im Ohre ist sehr unangenehm, da sehr schmerzhaft, muß daher peinlichst vermieden werden. Eine Oberflächenentzündung der Gehörgangswand macht alle Erscheinungen einer

Fig. 8.



Quarzlampe für otologische Zwecke nach Kromayer-Cemach.

Otitis externa. Im übrigen gelten die oben angeführten Grundsätze. Spezielle technische Winke behalte ich mir für die Detailbesprechung vor.

Vor der Einführung des Stiftes muß der Gehörgang von Cerumen, Eiter etc. sorgfältig gereinigt werden, da diese Verunreinigungen die Strahlen zurückhalten. Ebenso müssen beschmutzte Stifte vorerst auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beiden Seiten geputzt werden. Zur Desinfektion können die Quarzstifte ausgekocht werden, eine Säuberung mittelst eines in Alkohol getauchten Wattebausches genügt jedoch in der Praxis vollkommen.

Ich war bestrebt, die Methodik und Technik der Quarzlichttherapie ausführlich zu schildern, ohne damit sagen zu wollen, daß sie aus einer gedruckten Anleitung ohne weiteres zu erlernen sei. So einfach die Technik auch ist, sie will geübt sein. Eine sachgemäße Technik muß zwei Anforderungen gerecht werden. Primum non nocere! Das Licht ist ein sehr intensives, daher äußerst gefährliches Reizmittel für die lebende Zelle: es kann in der Hand des Unerfahrenen viel Schaden stiften. „Über die schädlichen Wirkungen des Lichts auf den tierischen Organismus" lautet der Titel der fundamentalen Arbeit Finsens, aus der der stolze Bau der modernen Phototherapie entstanden ist. Andrerseits soll aber der Lichttherapeut aus seiner Lichtquelle das beste herausholen können, was sie zu leisten imstande ist, er soll in jedem einzelnen Falle das Optimum der Wirkung erzielen können. Das ist aber nicht so einfach, wie es sich anhört. Dadurch, daß man eine Quarzlampe aufstellt und mit möglichster Lichtverschwendung darauf los bestrahlt, wird man ebenso wenig zum Lichttherapeuten, wie man durch die Anschaffung eines Röntgeninstrumentariums den Befähigungsnachweis zur Ausübung der Röntgentherapie erbringt.

Die **Indikationen** der Heliotherapie sind seinerzeit von Bernhard und Rollier genau umschrieben worden. Sie umfassen alle Erscheinungsformen der Tuberkulose, ferner Wunden und Geschwüre verschiedener Art. Die Indikationen der künstlichen Strahlentherapie, speziell der Quarzlichtbehandlung, lassen sich derzeit noch nicht umgrenzen. Es wird wie mit jeder modernen Heilmethode, so auch mit der Quarzlampe sehr viel Unfug getrieben und wahl- und planlos alles zur menschlichen Pathologie gehörende mit Quecksilberlicht behandelt. Die erzielten Resultate werden mitunter überschätzt und die von ihnen abgeleiteten Indikationen verallgemeinert und schematisiert. Aus dem Wirrwarr einander widersprechender Beobachtungen beginnt sich jedoch eine Anzahl sicherer Tatsachen herauszukrystallisieren. Nach dem derzeitigen Stande der Frage sind folgende Erkrankungen als feststehendes Arbeitsfeld der Quarzlichttherapie zu betrachten: für Allgemeinbehandlung — Tuberkulose, Skrophulose, Anämie, Erschöpfungszustände (nach konsumierenden Krankheiten oder schweren Operationen); für lokale Bestrahlung — zahlreiche Dermatosen (besonders Ekzeme, Acne), Alopecie, Wunden, Geschwüre, Abscesse, lokale Gangrän (speziell nach Erfrierung), Keloide. Schanz hat das Quarzlicht mit gutem Erfolg in die Augenheilkunde, Van der Velde in die Gynä-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kologie eingeführt. Von diesen Indikationen wollen wir diejenigen, die den Otologen interessieren können, des Näheren besprechen.

Auf dem Gebiete der **chirurgischen Tuberkulose** hat die Heliotherapie ihre ersten und größten Triumphe gefeiert; auf Grund reicher 15jähriger Erfahrung ist sie nunmehr allgemein anerkannt als die souveräne Heilmethode bei dieser Krankheit. Unter dem Einfluß der Bestrahlung mit natürlichem Sonnenlicht bilden sich die Krankheitsherde spontan zurück: die Schmerzen nehmen ab, Geschwüre heilen, Eiterung versiegt, Fisteln schließen sich, kalte Abscesse werden resorbiert, Drüsentumoren aufgelöst, fungöse Wucherungen schmelzen ein oder erleiden eine fibröse Umwandlung. Glatte, dauernde Heilung mit weichen Narben und guter Beweglichkeit der Gelenke ist die Regel. Auffallend ist die Wirkung auf das Allgemeinbefinden. Fieber sinkt rasch zur Norm ab. Nach vorübergehender Gewichtsabnahme tritt dauernde, oft erhebliche Zunahme ein. Der Appetit hebt sich, der Schlaf wird ruhiger. Die Patienten erholen sich zusehends von Woche zu Woche.

Diese wunderbaren Erfolge werden erzielt durch allgemeine Besonnung des ganzen Körpers; ihnen gegenüber treten die Ergebnisse der rein lokalen Bestrahlung entschieden in den Hintergrund. Bernhard, der anfangs der lokalen Therapie das Wort sprach, gab zuletzt nach und schloß sich der Ansicht Rolliers an, daß unsere therapeutischen Maßnahmen nicht auf den tuberkulösen Herd, sondern auf den tuberkulösen Menschen zu richten sind. Später zeigte sich auch, daß es auf eine lokale Behandlung des Krankheitsherdes gar nicht ankommt, daß derselbe auch unter dem Gipsverband abheilt, wenn der übrige Körper bestrahlt wird (Backer).

Der Streit über die Vorzüge der allgemeinen und örtlichen Bestrahlung pflanzte sich in der künstlichen Heliotherapie fort. Er wurde auch hier zugunsten der Allgemeinbehandlung entschieden, um so leichter, als nach übereinstimmenden Erfahrungen der meisten Autoren die lokale Wirkung des Quarzlichts bei Tuberkulose der Knochen und Gelenke so gering ist, daß von einer unmittelbaren Heilwirkung kaum die Rede sein kann. Es können allerdings auch rein lokal Erfolge erzielt werden (König, Budde, denen auch ich mich anschließe), doch handelt es sich um Ausnahmsfälle, die die Regel bestätigen. Dagegen sind die Autoren darin einig, daß die allgemeine konstitutionelle Wirkung der „künstlichen Höhensonne" eine hervorragende ist. Die Wirkungen auf Appetit, Schlaf, Gewichtszunahme halten den Vergleich mit denen der natürlichen Sonne aus. Die günstige Einwirkung auf die örtlichen Erkrankungsherde stellt sich erst langsam ein, bleibt aber in den meisten Fällen nicht aus (Hagemann). Im Gegensatz zu der gleichmäßigen Wirkung der Sonne ist der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Heileffekt des Quarzlichts allerdings starken Schwankungen unterworfen: Fällen, die schnell und auffallend günstig reagieren, stehen andere gegenüber, die sich vollkommen refraktär verhalten. Die natürliche Sonne ist der künstlichen entschieden überlegen. Wenn es die Verhältnisse erlauben, ist die freie Sonnenluftkur auch in der Ebene der Bestrahlung mit künstlichem Licht unbedingt vorzuziehen. Wo das aber nicht der Fall ist, bietet die Quarzlampe einen wertvollen, wirklich brauchbaren Ersatz. Dieser Ansicht von Hagemann, Thedering, Vulpius u. a. schließe auch ich mich auf Grund eigener, nicht allzu geringer Erfahrungen vollinhaltlich an. Die Quarzlampe bietet übrigens auch noch den nicht hoch genug anzuschlagenden Vorteil, daß sie uns in Stand setzt, bei trüber Witterung die Pigmentierung der Körperoberfläche zu erhalten, um beim ersten Sonnenschein die Kranken wieder dauernd ins Freie bringen zu können. So wird sehr viel Zeit gewonnen. Durch die Kombination der natürlichen und künstlichen Bestrahlung ist eine systematische Heliotherapie in unseren Breiten erst möglich geworden.

Eine Manifestation der Tuberkulose, die vom Quarzlicht relativ sehr günstig beeinflußt wird, sind die tuberkulösen Lymphome. Auch hier spielt Allgemeinbehandlung die Hauptrolle, jedoch gehen tuberkulöse Drüsenentzündungen nicht selten auch nach rein lokaler Bestrahlung in kürzester Zeit zurück. Man kann öfters die Beobachtung machen, daß große Lymphome, die eine Zeit lang der Behandlung trotzten, dann in wenigen Tagen plötzlich verschwinden. Allerdings verhalten sich nicht wenige Fälle ganz refraktär oder die Drüsenpakete nehmen an Umfang ab, es bleiben aber isolierte Knoten zurück, die sich nicht mehr beeinflussen lassen. Ich glaube, daß es sich dabei um Formen handelt, bei denen bereits fibröse Induration stattgefunden hat.

Ein ebenso dankbares Objekt der Quarzlichtbehandlung sind tuberkulöse Geschwüre. Ich werde bei der Besprechung der Technik der Wundbehandlung auf sie zurückkommen.

Geradezu glänzend sind die Heilerfolge, die sich mit natürlichem und künstlichem Licht bei der der Tuberkulose verwandten Skrophulose erzielen lassen. Nach wenigen Bestrahlungen beginnt die Rückbildung der torpiden Schwellungen im Gesicht, Abheilung der Ekzeme, der Blepharitis, dann folgt Besserung des Ernährungs- und Kräftezustandes. Am besten wirkt die Sonnen-Luftkur im Freien, aber auch Quarzlichtbäder sind sehr oft von überraschendem Erfolg.

Durch eine Reihe einwandfreier Beobachtungen ist die hervorragend günstige Wirkung des Lichtes auf den durch konsumierende Krankheiten, schwierige Operationen, Blutungen, Verwundungen und Verletzungen etc. erschöpften, in seinem Ernährungszustand geschädigten Organismus fest-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gestellt. Die Stoffwechsel anregende, Zirkulation belebende, Appetit erregende, Ernährung hebende Kraft des Sonnenlichts kommt bei den Erschöpfungszuständen in wohltuendster Weise zur Geltung. Auch das Quarzlicht bewährt sich in dieser Hinsicht ausgezeichnet. Während des Krieges hat die „künstliche Höhensonne" gerade auf diesem Gebiete eine hervorragende Rolle gespielt.

Wenden wir uns nun der lokalen Lichtbehandlung zu, so ist es in erster Linie die Behandlung von Wunden und Geschwüren, die unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt. Bernhard hat als erster auf die außerordentlich günstige Beeinflussung der Wundheilung durch die Höhensonne hingewiesen. Neuerdings haben mehrere verläßliche Beobachter (Kromayer, Thedering, Jesionek, A. Mayer, Deus, Hufnagel, Kautz u.a.) überzeugend festgestellt, daß wir in der Quarzlampe ein hervorragendes Hilfsmittel zur Beeinflussung des Wundverlaufs besitzen, wodurch die deutsche Militärsanitätsbehörde sich veranlaßt sah, die Quarzlampe in größtem Maßstabe in den Dienst der Verwundetenfürsorge zu stellen. (Schluß folgt.)

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Februar 1919.

Vorsitz: H. Frey.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

An Stelle des schwererkrankten Dr. Kaufmann wird Dozent Dr. Beck zum Säckelwart gewählt.

Dr. Ernst Wodak (Prag) und Prof. Dr. Johann Fein (Wien) werden zu Mitgliedern gewählt.

I. Ernst Urbantschitsch: **Eigenartige, chronisch verlaufende Gehörgangsentzündung mit Absonderung eines schwärzlichen Belages.**

Die 26jährige Pat. H. v. St. erkrankte am 25. XII. 1918 mit Schmerzen im rechten Ohr, Gefühl der Völle und „dumpfem Gehör", welch letzteres sich schon deshalb unangenehm bemerkbar machte, da die Pat. am linken Ohr vor Jahren radikal operiert worden war und daher hier nur sehr schlecht hörte. Bei der zwei Tage nach Beginn der Erkrankung vorgenommenen Untersuchung zeigte sich der rechte Gehörgang diffus gerötet und geschwollen sowie zum großen Teil mit einem schwärzlichen Belag bedeckt, der sich hauptsächlich auf den knorpeligen Gehörgang erstreckte. Dieser Belag haftete anfangs etwas fester auf der Gehörgangswand, konnte aber trotzdem fast vollständig entfernt werden, worauf die geschwellte, dunkelrote Gehörgangswand zutage trat. An allen folgenden Tagen (bis heute) war dieser Belag neuerdings vorhanden, nur besteht die Tendenz, immer mehr gegen das Trommelfell zu wandern, das er jetzt auch zum Teil

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bedeckt, während der knorpelige Gehörgang derzeit größtenteils frei bleibt. Auch ist der Belag in den letzten Wochen stets leicht durch bloßes Ausspritzen des Ohres vollständig zu entfernen. Er setzt sich aus einer Menge feinster Körnchen zusammen, die sich im Spülwasser aufgeschwemmter Flocken und des Belages Ruß ausnehmen. (Demonstration der abfiltrierten Körnchen.) Fäden sind heute — nach 8 Wochen — im Gehörgang der Pat.) Die subjektiven Beschwerden des Pat. empfindet die — wenn auch minimale — Sekretion sowie das dumpfe Gefühl und verminderte Gehör immerhin recht unangenehm, ausgesprochene Schmerzen bestehen allerdings nicht. Therapeutisch sind Einträufelungen von Perhydrolalkohol, Umschläge mit 70%igem Alkohol, Lapisierungen, Trockenbehandlung mit verschiedenen Gazetamponaden (Jodoform, Novojodin, hydrophiler weißer Gaze), feuchte Tamponade mit Phenolkampfer, Einblasungen von Pulvern (Bor-Salicylsäure, Kosmo, Vioform etc.), Bestreichen mit Salben (Lapis-Perubalsam etc.) versucht worden — alles ohne auffallenden Erfolg.

Über die Natur des Belages kann ich leider keine Angaben machen. Man wäre naturgemäß versucht gewesen, eine Schimmelpilzerkrankung anzunehmen, doch ist ein solcher Pilz mikroskopisch nicht nachweisbar. Die kleinen Gebilde erscheinen unter dem Mikroskop als amorphe Körner. Gegen den Schimmelpilz als Erreger spricht auch das otoskopische Bild, insbesonders aber die leichte Entfernbarkeit des ganzen Belages durch sanftes Ausspülen, während sonst doch einzelne Pilzrasen gewöhnlich fester haften, schließlich aber seine Zusammensetzung aus durchwegs einzelnen kleinsten Körnchen.

H. O. Beck: **Affektion des Cochlearis, Vestibularis und Facialis nach Salvarsan ohne Vorhandensein von Lues.**

Der 19 Jahre alte Student wurde am 1. XII. 1918 auf die interne Abteilung aufgenommen. Die Familienanamnese ist ohne Belang. Als Kind hatte er Masern und Scharlach.

Im Oktober 1917 erkrankte er in Albanien an Malaria.

Im Oktober 1918 traten die Anfälle von Malaria gehäufter auf. Es stellten sich Fieberanfälle mit Schüttelfrost von unregelmäßigem Typus sowie Gelbsucht ein. Er erhielt 1—1½ *g* Chinin täglich. Erst später traten regelmäßige Anfälle jeden 3. Tag auf. Beginn mit Schüttelfrost um 2 Uhr nachmittags. Das Fieber stieg bis 40° und die Anfälle dauerten bis ungefähr 11 Uhr abends. Später setzten die Anfälle wieder durch 14 Tage aus und traten dann wieder ganz regelmäßig auf.

Seit dem 26. XI. 1918 zwei Anfälle, der letzte am 30. XI.

Seit Beginn der Malaria hatte der Kranke im ganzen 150 *g* Chinin intern erhalten.

Er klagt über Schmerzen in der Milzgegend.

Alkohol, Nikotin und venerische Krankheiten werden negiert.

Aus dem Allgemeinstatus sei Folgendes kurz hervorgehoben: Es ist ein schwächlicher, abgemagerter Pat. mit blassen Schleimhäuten. Am Stamm und an den Extremitäten diffus verteilte, pigmentierte Hautstellen.

Lunge und Herzbefund ist normal.

Der Leberrand ist etwa 1½ Querfinger unter dem Rippenbogen deutlich tastbar. Die Leberkonsistenz nicht erhöht. Ihre Oberfläche glatt und leicht druckempfindlich. Milzdämpfung o VIII, u/XI. Konfluenz mit der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leberdämpfung. Der untere Pol gut 2 Querfinger vor dem Rippenbogen derb tastbar. Das Organ druckempfindlich.

Bis 12. XII. ist der Kranke fieberfrei. An diesem Tag trat nach Palpation der Milz ein typischer Fieberanfall auf. Im Blut finden sich Malariaparasiten.

Am 14. XII. trat ohne äußere Veranlassung ein weiterer Anfall auf.

Am 15. und 16. XII. wurden im Blut Malariaformen gefunden.

Am 14. XII. erhielt der Kranke 0,5 *g* Chinin intravenös.

Am 17. XII. erhielt er 0,5 *g* intramuskulär. Hernach Fieberfreiheit.

Wegen eines neuerlichen Anfalles am 14. I. 1919 0,45 Neosalvarsan. Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis 39°. Mäßiger Kopfschmerz, rascher Temperaturabfall.

Pat. klagt nach 24 Stunden über Übelkeiten; leichte diffuse Zunahme der Hautpigmentierung. Milzdämpfung o/IX, u/XI. Auf der Höhe der Inspiration der vordere Pol fingerbreit vor dem Rippenbogen tastbar.

20. I. 1919. Pat. hat am 18. I. um 5 Uhr nachmittags 0,45 Neosalvarsan intravenös bekommen, worauf mehrere spontane Remissionen mit neuerlichen, unter Frost erfolgenden Temperaturanstiegen eintraten. Zwei davon gehen über 40°, dabei Kopfschmerz und Übelkeit.

21. I. Der Kranke hält sich seit gestern kontinuierlich zwischen 39 und 40° und klagt über starke Schmerzen in der linken Ober- und Mittelbauchgegend. Kopfschmerz, starker Schwindel und zweimaliges Erbrechen.

Otologische Untersuchung wurde nicht vorgenommen.

Gesichtshaut stark gerötet, beiderseits Conjunctivitis, stärkere Rhinitis.

Keine cerebralen Symptome. Interner Befund wie früher.

2. II. In der Frühe klagt der Pat. über ein Gefühl der Ertaubung im rechten Ohr und über Schmerzen in der Gegend des Warzenfortsatzes. Er verspürt heftiges Schwindelgefühl und gibt an, daß die Richtung des Schwindels nach rechts geht. Es besteht auch eine plötzlich aufgetretene Facialislähmung in allen drei Ästen. Beim Stirnrunzeln bleibt die rechte Stirnhälfte glatt, und zwar vollkommen glatt bei Frontaliswirkung, bei Corrugatorwirkung besteht auch eine beträchtliche Differenz zu ungunsten der rechten Seite, es ist aber doch eine leichte Fältelung wahrzunehmen. Pat. kann die linke Ohrmuschel bewegen, die rechte nicht. Die rechte Augenbraue steht merklich tiefer. Beim Lidschluß bleibt das rechte Augenlid stark zurück. Die rechte Nasolabialfalte seichter als die linke. Der Mund etwas verzogen. Beim Zähnezeigen bleibt die rechte Hälfte unbeweglich, ebenso beim Herabziehen der Unterlippe. Stellung und Beweglichkeit des weichen Gaumens vollkommen normal. Im Bereich der übrigen motorischen Hirnnerven keine Störung nachweisbar. Conjunctival- und Cornealreflex beiderseits normal. Bei der therapeutischen Faradisation des Facialis zeigt sich, daß der Facialis deutlich erregbar ist.

Ohrbefund: Trommelfell und Mittelohr beiderseits normal.

R. O.: Konv.-Spr. $^1/_2$ *m*, Fl.-Spr. 15 *cm*. Stimmgabelbefund für Erkrankung des Hörnerven typisch. — L. O.: normal.

Spontaner, rotatorischer, horizontaler Nystagmus bei Blick nach links. Beim Gehen mit geschlossenen Augen Abweichen nach rechts. Beim Romberg Fallrichtung nach rechts. Kalorische Prüfung: rechts nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2 Minuten Spülung mit ganz kaltem Wasser kann auch Nystagmus bei Geradblick ausgelöst und der spontane Nystagmus bei Linksblick deutlich verstärkt werden. Zeigereaktion und Fallrichtung typisch.

L. O.: Nach 28 Sekunden Spülung typischer Nystagmus mit typischen Gleichgewichtsstörungen und Vorbeizeigen.

Ohrbefund vom 5. II.: R. O.: Konv.-Spr. 3 *m*, Fl.-Spr. $1^1/_2$ *m*. Kalorisch nach 40 Sekunden Spülung typischer Nystagmus auslösbar. Der spontane vestibulare Nystagmus bei Linksblick bedeutend geringer.

10. II.: R. O.: normal. Hörweite: keine deutliche Differenz in der Erregbarkeit zwischen rechts und links. Der spontane Nystagmus vollständig geschwunden. Kein Romberg. Gang mit geschlossenen Augen sicher. Die Facialparese hat sich bedeutend gebessert.

15. II. Die Facialparese ist vollständig geschwunden.

Bei diesem Kranken besteht seit dem Jahr 1917 eine Malaria. Eine venerische Affektion wird negiert und klinisch besteht auch kein Anhaltspunkt für eine solche. Alle diesbezüglichen Untersuchungen waren negativ.

Am 14. I. und am 18. I. erhielt der Kranke je 0,45 Neosalvarsan.

14 Tage nach der zweiten Injektion trat plötzlich eine hochgradige Acusticusaffektion der rechten Seite auf, eine fast bis zur Ausschaltung herabgesetzte Vestibularreaktion und eine Facialislähmung in allen drei Ästen. Ohne jegliche Therapie ging nun diese Affektion in kurzer Zeit zurück. Bereits 3 Tage nach dem Auftritt war das Gehör von $^1/_2$ auf 3 *m* gestiegen und die Vestibularreaktion fast zur Norm zurückgekehrt. Parallel ging die Besserung der Facialislähmung. Nach 8 Tagen war das Gehör und die Erregbarkeit des Vestibularapparates zur Norm zurückgekehrt und nach 13 Tagen die Facialislähmung geheilt.

Eine Erklärung der Ätiologie dieses Prozesses ist wohl schwer zu geben. An eine Herxheimer-Reaktion zu denken, ist deshalb nicht angängig, weil die Erscheinungen erst 14 Tage nach der Injektion auftraten und die Herxheimer-Reaktion an der Haut und die ihr analogen Erscheinungen am Acusticus 6—24 Stunden nach der Injektion auftreten. Das relativ frühe Einsetzen der Conjunctivitis und Rhinitis nach der Salvarsaninjektion hätte ja manches Verlockende, einer solchen Erklärung hinzuneigen. Durch den Zerfall der Spirochäten und das Freiwerden der Endotoxine werden die Schwellungserscheinungen bei der Herxheimer-Reaktion bedingt und die Pathologie der Malaria läßt schon einen ähnlichen Schluß zur Deutung der Symptome bei diesem Pat. nicht zu. Eine zweite Möglichkeit wäre eine Salvarsanschädigung. Wenn auch das rasche Abklingen der Nervenerkrankung nicht unbedingt gegen die Deutung als toxische Neuritis spricht, so ist es nicht einzusehen, warum erst 14 Tage nach der Injektion die Intoxikationserscheinungen hätten auftreten sollen. Es scheint mir daher noch das Wahrscheinlichste, eine Embolie oder Hämorrhagie anzunehmen, zumal wir wissen, daß kleinste Hämorrhagien bei schweren Malariaformen kein seltenes Ereignis sind; es kämen zwei gefäßschädigende Momente in Betracht: 1. die Chininwirkung und 2. die Arsenwirkung; doch soll auch diese Erklärung nur als wahrscheinlich hingestellt werden. Es kommt mir bei der Demonstration dieses Falles nicht so sehr auf die Deutung als auf die Feststellung der Nervenschädigungen an, die sich im Anschluß an die intravenöse Injektion

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von Neosalvarsan bei einem Pat. eingestellt haben, bei dem eine Lues mit Sicherheit auszuschließen ist.

Diskussion.

Alexander: Gegen die Hämorrhagie spricht doch der verhältnismäßig rasche und gute Verlauf. Kann man nicht daran denken, daß durch die Chinintherapie eine Prädisposition geschaffen war und dann durch Summation der Reize durch das Neosalvarsan die Sache zum Ausbruch kam?

Beck: Warum dann erst nach der 2. Neosalvarsaninjektion? Ich kann mir nicht vorstellen, wie dann die Schädigung zu deuten wäre. Sollte es eine Gefäßschädigung sein? Es könnte sich dann auch um eine Hämorrhagie oder Thrombose handeln.

Alexander: Ich dachte an eine toxische Neuritis mit Leukocytenausschwemmung etc., sicher ohne Hämorrhagie um den Nerven — dann macht sie keine Lähmung —, oder in den Nerven, dann wäre die Sache nicht so schnell wieder gut geworden. Erst die 2. Neosalvarsaninjektion hat das Gefäß zum Überlaufen gebracht. Es würde sich also um die Quantität des Reizes handeln.

Beck: Das hat viel für sich, aber da wäre es merkwürdig, warum die Affektion einseitig aufgetreten ist.

Alexander: Wir müssen bei der Frage „Salvarsanschädigung" sehr vorsichtig sein. Wir finden diese jetzt doch weniger als im Anfang. Wenn man den Fall als solche auffaßt und daß hier eine Blutung die Veranlassung der Symptome war, möglicherweise vorbereitet durch die Chinintherapie, dann bleibt es an der Salvarsantherapie hängen, und das halte ich nicht für gerechtfertigt. Der Hauptanteil liegt am Chinin. Ich möchte noch fragen, ob die Schädigung des VIII. nicht schon durch das Chinin erfolgt wäre.

Beck: Niemals. Dagegen ist ein Fall von Wernicke bekannt, wo ein absolut luesfreier Pat. Neosalvarsan bekommen hat, taub wurde und taub geblieben ist.

III. J. Fischer: **Intramedulläre Läsion (?).**

Z. G., 43 Jahre, Bedienerin.

Die Pat., die angibt, bis vor kurzem immer gesund gewesen zu sein, klagt seit ungefähr 3½ Monaten über ein Gefühl der Unsicherheit, über heftigen Schwindel und hie und da über Kopfschmerz. Seit 2 Monaten bemerkt Pat., daß der rechte Arm und das rechte Bein ganz kalt und empfindungslos geworden seien, und sie verspürt ein eigentümliches Kribbeln. Auch glaubt sie, seit jener Zeit auf der linken Gesichtshälfte verschwollen zu sein. Ferner klagt sie noch über Beschwerden beim Essen, indem ihr die Speisen beim linken Mundwinkel herausrinnen. In der letzten Zeit hört sie auch links etwas schlechter und leidet an Ohrensausen beiderseits. Sie gibt an, vor 2 Jahren eine akute linksseitige Mittelohrentzündung durchgemacht zu haben. Familienanamnese belanglos. Venerische Affektionen negiert.

Nervenbefund (Prof. Karplus): Pupillenreaktion +. Nystagmus nach beiden Seiten, leichte Parese des linken Facialis, leichte Affektion des linken Trigeminus, Intentionstremor, Rumpfataxie, gesteigerte Sehnenreflexe beiderseits. Babinski negativ. Affektion beider Pyra-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

midenbahnen, besonders für die rechte Körperhälfte. Intramedulläre Läsion (Gefäßprozeß?, Sklerose?).

Oto-rhino-laryngologischer Befund: Struma parenchymatosa, mäßiger Stridor, geringe Vorwölbung der vorderen Trachealwand. Anästhesie der Nasen-, Gaumen-, Wangenschleimhaut. Trommelfelle matt, reaktionslos. Akzentuierte Fl.-Spr. rechts 8 *m*, links 2 *m*, Weber nach rechts, Kopfknochenleitung verkürzt, obere Tongrenze herabgesetzt, untere hinaufgerückt links; rechts sind die Werte annähernd normal. Auropalpebrale Reflexe auslösbar. Spontannystagmus nach beiden Seiten: Nach rechts besteht horizontaler, kleinschlägiger, äußerst frequenter Nystagmus I. Intensitätsgrades. Nach links deutlich rotatorischer, grobschlägiger Nystagmus beim Blick nach links und manchmal sogar auch beim Blick geradeaus. In Romberg-Stellung bei geschlossenen Augen heftiges Schwanken, anfangs gering, allmählich an Intensität zunehmend, mit Falltendenz zur linken Seite. Änderung der Kopfstellung hat keinen Einfluß auf die Fallrichtung. Der Gang ist cerebellar-ataktisch. Kein spontanes Vorbeizeigen, Kniehakenversuch normal, keine Adiodochokinese.

Vestibularisprüfung: Bei Rechtsdrehung Nystagmus nach links durch 6″, bei Linksdrehung Nystagmus nach rechts durch 18″. Kalorisch rechts erregbar, links unerregbar. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels, Puls 84.

Augenbefund: normal.

Wassermann: negativ.

Röntgenbefund: normal.

Epikrise: In diesem Fall könnte es sich um eine intramedulläre Läsion handeln. Für diese Annahme sprechen vor allem die herdgleichseitigen Symptome von seiten des Trigeminus, Facialis, Acusticus sowie die herdkontralateralen Extremitätenerscheinungen als Ausdruck der gekreuzten Pyramidenläsion. Man müßte sich demnach den einen Herd denken linkerseits in den lateralsten Partien der Oblongata, das Restiforme noch einbeziehend, in der Höhe dicht kaudal von der Brücke, wobei das Ende des Herdes noch weiter kaudal reicht. Was den Nystagmus anlangt, so finden wir zwar einen nach beiden Seiten gerichteten, doch sind sie ihrem Wesen nach verschieden. Während beim Blick nach rechts ein ganz feinschlägiger, äußerst frequenter, horizontaler Nystagmus I. Grades auftritt, zeigt sich beim Blick nach links und manchmal auch beim Blick geradeaus ein grobschlägiger, rotatorischer Nystagmus. Es kommt daher nur dieser als der stärkere, überwiegende, demnach herdgleichseitige in Betracht. Leidler[1]) hat bei seinen tierexperimentellen Untersuchungen Nystagmus zur operierten Seite in jenen Fällen erzeugen können, wenn die Läsion die kaudalsten Teile des Deiters'schen Kerngebietes traf, also wenn die aus dem Deiters-Gebiet stammenden, ins hintere Längsbündel ziehenden Bogenfasern vom Beginn bis oralwärts zum Ende des Glossopharyngeusherdes verletzt wurden. In seinem Fall Nr. IV bestand durch einige Tage ein Wechsel zwischen Nystagmus zur lädierten und zur kontralateralen Seite, aber stets mit Vorwiegen zur Seite der Läsion. Nicht übereinstimmend mit seinen Befunden ist jedoch das Verhalten der Vesti-

[1]) Leidler. Experimentelle Untersuchungen über das Endigungsgebiet des Nervus vestibularis. Mschr. f. Ohrhlk. 1913.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bulariserregbarkeit. Während er in den Fällen dieser Gruppe stets normale Werte erhielt, zeigte sich in diesem Falle eine Unerregbarkeit des herdgleichseitigen Vestibularis. Das Fehlen der konjugierten Blicklähmung, das in vielen Fällen intramedullärer Läsion vorkommt, spricht natürlich nicht gegen diese Annahme, da sich dieses Symptom meist bei Mitbeteiligung des hinteren Längsbündels oder des Abducenskernes vorfindet, oder, wie Leidler (l. c.) an Hand seiner Tierexperimente nachwies, stets dann, wenn die aus dem Deiters-Gebiet kommenden Bogenfasern in ihren oralsten Partien bis zum Facialisknie oder noch weiter nach vorne bis zum Ende der Bogenfasern getroffen wurden.

Die herdgleichseitigen Symptome von seiten des Trigeminus lassen auf eine Läsion der spinalen Trigeminuswurzel schließen, wobei, wie Marburg und Wallenberg[1]) angeben, die kaudalen Herde Areflexie der Cornea, die oraleren Sensibilitätsstörungen im Bereich der Nasen-, Wangen- und Mundschleimhaut verursachen. Störungen der tiefen Sensibilität, die auf eine Läsion der medialen Schleife oder der Fibrae armatae intern. hindeuten würden, waren in diesem Falle nicht vorhanden. Ebenso fehlten Anomalien in der Schmerz- und Temperaturempfindung als Ausdruck einer Schädigung im Bereiche des Tractus spinotectalis oder spinothalamicus.

Was die Ätiologie der Läsion anlangt, so dürfte der Umstand, daß wir bei der Pat. Intentionstremor, gesteigerte Patellarsehnenreflexe, Fußklonus, Rumpfataxie gefunden haben, das Vorhandensein einer multiplen Sklerose mit besonderer Beteiligung der Herde in der Oblongata, wobei ein Herd, wie bereits oben erwähnt, in den lateralsten Partien, ein zweiter in den ventralsten Teilen in der Pyramidengegend lokalisiert sind, wahrscheinlich machen. Gegen diese Annahme spricht zwar das Alter der Pat. (sie ist 43 Jahre alt), jedoch wissen wir, daß die Kranken häufig die anfänglichen Symptome, die oft weit zurückdatieren, nicht beachten.

Differentialdiagnostisch käme noch ein Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels in Betracht. Für diese Annahme spricht vor allem die Areflexie der Cornea, die Beteiligung des Trigeminus, Facialis, Acusticus, der cerebellar-ataktische Gang und der Nystagmus. Dagegen kann angeführt werden: Das Fehlen der Tumorsymptome, und zwar das Fehlen der Stauungspapille. Allerdings wissen wir, daß namentlich im Beginn sowie bei kleinen, cystisch und sich flächenhaft ausbreitenden Geschwülsten dieses Symptom lange Zeit nicht auftreten muß. Wichtiger ist jedenfalls das Verhalten des Kopfschmerzes. Während bei Tumoren dieses Symptom äußerst heftig, quälend und konstant auftritt, scheint es unserer Pat. keine besonderen Beschwerden zu verursachen. In diesem Sinne wäre auch die Hörstörung zu bewerten, da wir ja wissen, daß bei Kleinhirnbrückentumoren meist komplette Taubheit, bei intramedullären Herden jedoch partielle Störungen von seiten des Gehörs beobachtet werden. Weiters spricht das Fehlen des spontanen Vorbeizeigens, der Adiodochokinese, der konjugierten Blicklähmung, der negative Röntgenbefund sowie das Fehlen der Klopfempfindlichkeit des Schädels, der normale Puls und vor allem der ganze Habitus der Pat. gegen einen Tumor.

Schließlich wäre noch zu erwähnen, daß auch durch eine flächenhaft ausgebreitete Erkrankung an der Hirnbasis ähnliche Symptome ausgelöst werden können.

[1]) Marburg, D Zschr. f. Nervhlk. 41.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion.

G. Bondy: Ich möchte fragen, in welchen Richtungen die Röntgenuntersuchung vorgenommen wurde.

Fischer: Frontooccipital und seitlich.

Bondy: Da nach den Untersuchungen von Henschen die Acusticustumoren sich zuerst im inneren Gehörgang entwickeln, der dadurch ausgeweitet wird, möchte ich noch eine Aufnahme empfehlen, aus der die Weite des Gehörgangs ersichtlich wird. Die Symptome von seiten des Ohres ließen sich durch einen Acusticustumor erklären, wenn man annimmt, daß er noch klein ist und, da diese Tumoren von der Scheide des Vestibularis ausgehen, dieser als erster ausgeschaltet wurde.

IV. E. Ruttin: **Akute Mastoiditis mit Erkrankung und Sequesterbildung am vertikalen Schuppenteil.**

S. F., 15 Jahre. Aufnahme an die Klinik am 10. I. 1919.

Familienanamnese belanglos. Im Alter von 5—6 Jahren Masern. An den Beginn der Ohrerkrankung kann er sich nicht erinnern. Links floß das Ohr immer stärker als rechts. Der Fluß setzte zeitweilig aus. Vor 14 Tagen hatte er Grippe. Vor 8 Tagen bildete sich eine Geschwulst hinter dem linken Ohr.

Status praesens bei der Aufnahme: Beiderseits fötide Eiterung, links starke Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand. Starke Schwellung hinter und ober dem Ohre am Warzenfortsatz bis über die Jochfortsatzwurzel reichend. Hörweite links 20 *cm* für Konv.-Spr. Cochleare und vestibulare Prüfung ohne Besonderheit. Temperatur 38,3°.

Operation (Ruttin) am 11. I. 1919: Typischer Hautschnitt. Entleerung eines Periostalabscesses, der gelben, nicht fötiden Eiter in der Menge einer ganzen Eprouvette enthält. Der Eiter ist mit Blutkoagulis und Gewebsfetzen durchsetzt. Der Knochen des Warzenfortsatzes liegt, vom Periost entblößt, frei, eine Fistel ist nicht zu finden. Aufmeißelung des pneumatischen Warzenfortsatzes, dessen Zellen mit spärlichen Granulationen erfüllt sind. Eröffnung des Antrums. Ausräumung des Warzenfortsatzes. Wundversorgung.

Bakteriologische Untersuchung des Eiters aus dem Warzenfortsatz (Prof. Wiesner) ergibt: Streptococcus pyogenes.

In den nächsten 14 Tagen langsame Entfieberung (siehe Kurve). Dann trat plötzlich wieder hohes Fieber ein (siehe Kurve).

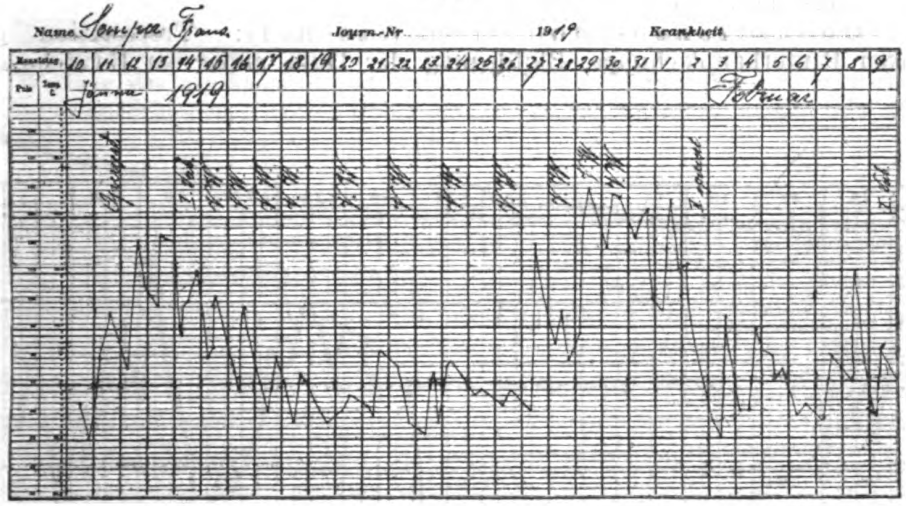
Am 2. II. 1919 neuerliche Operation (Ruttin): Schnitt in der alten Narbe. Eröffnung der früheren Wundhöhle. Auskratzung der den Knochen bedeckenden schwammigen Granulationen. Man sieht, daß überall bis ins Gesunde operiert war. Freilegung des Sinus auf etwa 2 *cm* Länge. Seine Wand ist vollständg normal. Freilegung der Dura der mittleren Schädelgrube über dem Tegmen antri. Sie ist normal. Beim starken Abziehen des vorderen Wundrandes wird ganz vorn oben eine kleine Granulation bemerkt. Schnitt nach vorn etwa 3 *cm* lang. Indem man dieser Granulation nachgeht, kommt man etwa 1 *cm* vor der Jochfortsatzwurzel auf einen fest hellergroßen Herd von schwammigen Granulationen, in denen zwei bohnengroße, der Schuppe angehörende Sequester liegen. Nach Auskratzung der Granulationen liegt die Dura an dieser Stelle (also entsprechend dem vertikalen Schuppenteil und ziemlich weit vor dem Processus zygomaticus) auf fast Hellerstückgröße frei und ist leicht graurot verändert, im Zentrum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auf Sinusgröße weißgrau, schwartig verdickt. Wundversorgung. In den nächsten Tagen Entfieberung (siehe Kurve). Gegenwärtig fieberfrei und bei bestem Wohlbefinden.

Der Fall ist vor allem durch die ungewöhnliche Fieberkurve interessant (siehe Fig. 1). Man muß wohl annehmen, daß die Erkrankung der Schuppe schon vor der ersten Operation bestanden hat, doch war sie nicht zu finden, weil der Herd durch den gesunden Processus zygomaticus und reichlich gesunden Knochen vom kranken Warzenfortsatz getrennt war.

Fig. 1.



Die zweite Fiebersteigerung ist offenbar erst dann eingetreten, als die Erkrankung bereits die Dura erreicht hatte.

V. O. Beck: **Weiterer Bericht über den in der letzten Sitzung demonstrierten Fall von spontan geheilter Sinusthrombose durch Obliteration des Sinus transversus.**

In der letzten Sitzung habe ich mir einen Fall vorzustellen erlaubt, bei dem sich eine spontan geheilte Sinusthrombose gefunden hat und die Thrombose mit einer scharfen Demarkationslinie am oberen Knie einsetzte, während der Sinus von dieser Linie an gegen den Bulbus zu kollabiert und blutleer war. Es waren hauptsächlich die Kopfschmerzen, wegen der der Pat. zur Operation drängte, und klinisch bestand gar kein Zeichen einer Sinuserkrankung.

Zwei Tage nach der Demonstration wurden die Kopfschmerzen, die nach der Operation bedeutend nachgelassen hatten, wieder sehr heftig, und es hatte den Anschein, wenn man mit dem Pat. sprach, daß er paraphrasiere.

Der Nervenbefund war negativ. Augenbefund negativ. Tags darauf bestand eine ausgesprochene amnestische Aphasie. Die verschiedensten vorgehaltenen Gegenstände konnte der Kranke nicht nennen, jedoch ihre Verwendung wußte er sehr genau. Zeitweise lag er apathisch im Bett. Puls zwischen 72 und 84, niemals unter 72. Kein klinisches Zeichen einer Meningitis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

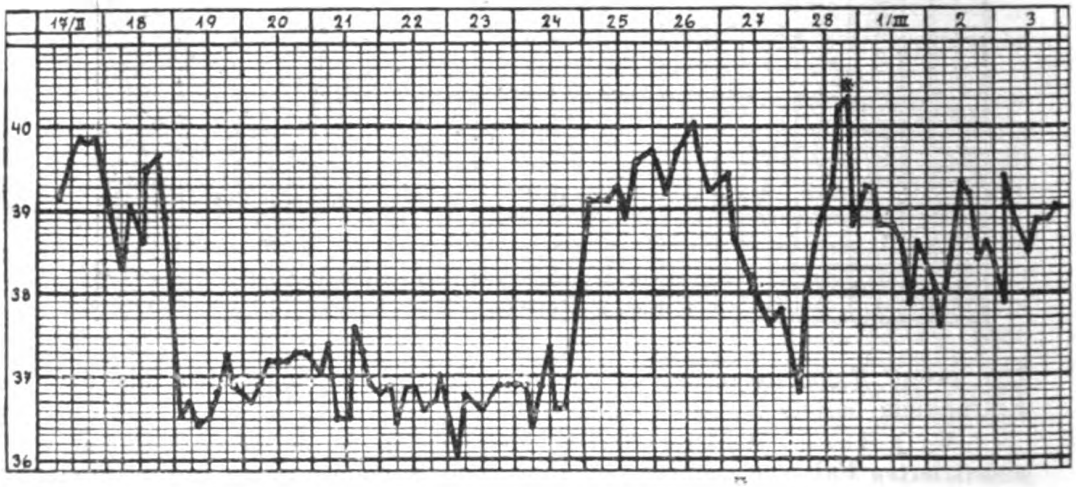
Wegen der Aphasie wurde an einen Schläfelappenabsceß gedacht und die neuerliche Operation (Beck) vorgenommen: Breite Freilegung des Schläfelappens durch Wegnahme des Tegmen tympani et antri und der Wurzel des Jochfortsatzes und eines großen Teiles der Schuppe. Die Dura erscheint gespannt hyperämisch. Punktion mit der Pravaz-Spritze in drei Richtungen negativ. Spaltung der Dura und Incision des Schläfelappens in drei Richtungen negativ. Verband.

Nachmittags liegt der Pat. apathisch im Bett. Kernig beiderseits positiv. Kein Babinski. Kein Oppenheim. Keine Nackensteifigkeit. Puls 64.

Tags darauf 4 Uhr früh Exitus.

Obduktionsbefund (Prof. Wiesner): Trepanation der linken Hinterhauptschuppe, Bloßlegung der Dura mater im Bereiche der

Fig. 2.



hinteren Schädelgrube und der lateralen Fläche des Schläfelappens. Freilegung des Sinus transversus und Punktion des linken Schläfelappens. Chronische Leptomeningitis über Basis und Konvexität des Großhirns. Alte organisierte Thrombose am linken Sinus transversus, vom Torcular bis in den Sinus sigmoideus sich ausdehnend und in den Anfangsteil des rechten Sinus transversus hineinreichend. Circumscripte Thrombose einzelner Venen über der lateralen Fläche des linken Schläfelappens und organisierte Exsudatmassen an der Außenfläche der Dura mater über dem linken Hinterhauptlappen, chronisches Hirnödem.

Auf Grund dieses Obduktionsbefundes und nach dem Aussehen der Leptomeningitis handelte es sich um eine alte Meningitis, so daß die Kopfschmerzen, die den Kranken zum Eintritt in das Krankenhaus veranlaßt haben, höchstwahrscheinlich schon auf eine Meningitis zurückzuführen waren. Merkwürdig war das Auftreten einer typischen amnestischen Aphasie bei negativem Befund im Schläfelappen während der Operation und auch bei der Obduktion.

Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Wohl kann eine diffuse Meningitis auch ohne besondere Anhäufung von Exsudat am Schläfelappen eine derartige Aphasie hervorrufen — einen derartigen Fall habe ich vor zwei Jahren in dieser Gesellschaft demonstriert —, doch ist es bei diesem Fall auf Grund des Obduktionsbefundes viel wahrscheinlicher, die Thrombosen der Venen über der lateralen Fläche des Schläfelappens und die konsekutive Encephalitis zur Erklärung der Aphasie heranziehen zu sollen.

Referate.

I. Allgemeines.

Zur Wertung des psycho-galvanischen Reflexes. Von GenOA. Dr. O. Goebel in Hirschberg, Schlesien. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. s. d. angr. Geb. 102. H. 3/4.)

Verfasser weist darauf hin, daß bei Bekanntgabe weiterer Untersuchungen genaue Darlegung des seelischen und nervösen Befundes von Interesse wäre. Ihm erscheint die Methode sehr geeignet, in den Mechanismus mancher geistiger Störungen, namentlich von Hemmungen, insbesondere hysterischer Anästhesien, etwas mehr Licht zu bringen. Die — leider umständliche und zeitraubende — Reaktion ist ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel; zur Entscheidung der Frage aber, ob eine Schwerhörigkeit oder Taubheit psychischen oder organischen Ursprungs ist, kann die Reaktion allein für sich — ohne Heranziehung anderer Momente — vorläufig nicht als unbedingt zuverlässig angesehen werden.

Ernst Urbantschitsch.

Die Hörweite für Umgangssprache und Flüstersprache bei Schwerhörigkeit. Von San.-Rat Dr. Franz Brück, Berlin-Schöneberg. (D. m. W. 1917. Nr. 8.)

Nach dem Verfasser soll bei stärkerer Schwerhörigkeit stets auch die Perception für Umgangssprache geprüft werden. Es gibt Fälle mit schlechter Perception für tiefe Töne, in denen die Flüstersprache besser gehört wird als die Umgangssprache (die Tonhöhe der Umgangssprache liegt tiefer als die der Flüstersprache). Auch nach Lufteintreibung gilt dieselbe Forderung zur Feststellung des therapeutischen Erfolges.

Gatscher.

Über Hörstörungen bei den Neurosen vom neurasthenischen Typus. Von Stabsarzt Dr. Oskar Mauthner, Abteilungsvorstand. (Aus der Abteilung für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke des Garnisonsspitals Nr. 6 in Olmütz [Spitalskommandant: Oberstabsarzt Dr. Munk].) (M. Kl. 1918. Nr. 50.)

Verfasser hebt zusammenfassend hervor, daß Hörstörungen auch bei den neurasthenischen Formen der Neurosen vorkommen und durch verschiedengradige Verkürzungen der Hörweite für die Sprache und der Hördauer im Tongehör charakterisiert sind. Die Mehrzahl der Störungen ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beiderseitig. Sie zeigen mitunter Übergänge zu den hysterischen Störungen, sind aber von diesen und Innenohrläsionen in der Regel gut abzugrenzen. Ein Spontannystagmus ist in der Mehrzahl der Fälle nicht vorhanden. Ein solcher und ein echter, an die erhaltene Reflexerregbarkeit des statischen Labyrinths gebundener, jedoch neurotischer Labyrinthschwindel kann in einem Bruchteil der Fälle experimentell (forciertes Tiefatmen usw.) erzeugt werden. Ernst Urbantschitsch.

Ein Universalanästhetikum. Von Dr. G. Hirsch, Augenarzt in Halberstadt. (M. m. W. 1917. Nr. 8.)

Verfasser empfiehlt als solches eine Kombination von Akoin (Heyden) und Novokain-Suprarenin, das in seiner Wirkung dem kräftigsten Anästhetikum, dem Cocain, gleichkommt, ohne seine Giftigkeit zu besitzen. Das Mittel wurde vom Verfasser zu okulistischen Zwecken in Instillation und Infiltration verwendet, auf seinen Rat auch von Zahnärzten.

Lange Anästhesiedauer, kein Nachschmerz, Verwendbarkeit auch in Verdünnung sind dem Mittel eigen. Gatscher.

Zur Therapie der traumatischen Neurose und der Kriegshysterie. Von Dr. Edmund v. Nesnera, Leiter der Nervenabteilung, und Dr. Emmerich Rablorzky, Leiter des Röntgenlaboratoriums im königl. ungar. Honvedreservespital Nr. 1 in Laibach. (W. kl. W. 1916. Nr. 51.)

Nach Mitteilung einer Kasuistik von 5 Fällen, in denen die Diagnose aus verschiedenen Symptomen (Mutismus, Halbseitenanästhesie, Analgesie, Tic, Schütteltremor etc.) gestellt wurde, wird die Therapie geschildert. 1. Psychische Vorbehandlung (Vertrauen zum Arzt, kein Verdacht auf Simulation. 2. Fulguration durch eine hochgespannte Induktionsfunkenserie mit dem Röntgenapparat. Die Details können nicht im Auszuge angegeben werden.

Diese „Überrumpelungsmethode" gibt gute Erfolge; sie ist harmlos, aber bei Hyperthyreoidismus und organischen Leiden kontraindiziert. Gatscher.

Über die Technik der Röntgenologie von Augenhöhle und Felsenbein. Von H. W. Stenvers, 1. Assistent-Röntgenologe der Klinik. (Aus der psychiatrisch-neurologischen Klinik der Reichsuniversität Utrecht.) Mit 17 Abbildungen. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. sw. d. angr. Geb. 103. H. 1.)

Für ein kurzes Referat nicht geeignet. Zahlreiche Abbildungen illustrieren die Ausführungen. Ernst Urbantschitsch.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Die Bedeutung der Ohrmuschel und der Augenbrauen sowie anderer Abnormitäten für die geistige Beurteilung eines Menschen. Von Dr. Siegfried Suchy, RA. d. R. (W. kl. W. 1916. Nr. 51.)

Verfasser konnte Ohrabnormitäten (abnorme Kleinheit im Verhältnis zur Schädelgröße, Fehlen oder Anwachsung des Läppchens, Asymmetrie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwischen rechts und links etc.) allein oder vereinigt mit Augenbrauenanomalie, Heterotrichien, besonders auch trommelschlägelähnlicher Daumenform bei Psycho- und Neuropathen, aber auch bei normalen, hoch intelligenten Individuen (auch bei minder Intelligenten) beobachten. Er erblickt daher in diesen Abnormitäten (Degenerationszeichen) ein körperliches Korrelat zu der besonderen psychischen Veranlagung.

Gatscher.

Die Therapie der traumatischen Trommelfellruptur. Von Doz. Dr. R. Imhofer, Prag, Regimentsarzt und Chefarzt der Abteilung für Ohrenkranke im Garnisonsspital Nr. 15, Krakau. (Ther. Mh. 32. Dezember 1918.)

Der Autor empfiehlt zur Anregung des Verschlusses von Trommelfellrupturen Pilocarpininjektionen, von denen er zuerst 0,3 einer 2%igen Lösung, späterhin in 3tägigen Intervallen die gleiche Menge oder eventuell 0,4—0,5 injiziert. Außerdem trägt er auf die Perforationsränder Scharlachrotsalbe auf und sah von diesem kombinierten Verfahren die besten Erfolge. Ernst Urbantschitsch.

III. Otochirurgie.

Über Prognose und Therapie der Schädelschüsse. Von Prof. W. Capelle, Oberarzt der Klinik. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Bonn [Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Garrè].) (M. m. W. 1917. Nr. 8. Feldärztl Beil.)

Capelle kommt auf Grund von 56 im Heimatlazarett beobachteten Fällen mit Tangentialschüssen des Kopfes, von denen 47% nach mittlerer Krankheitsdauer von 124 Tagen einer Encephalitis erlagen, zu der folgenden Ansicht: „Die Reduktion der Spätmortalität der Hirnschüsse fällt eng zusammen mit der Fähigkeit, die infektiösen Späterweichungen des Hirns herabzusetzen."

Mit dieser Erkenntnis fordert er eine frühzeitige (innerhalb 24 Stunden erfolgende) operative Wundrevision. Denn die Erfahrung an den beobachteten Fällen hat gezeigt, daß von den so Behandelten nur 2% an infektiösen Spätfolgen starben, während bei den anderen, nicht oder nur mangelhaft toilettierten Tangentialkopfschüssen 70% denselben Spätfolgen erlagen. Dieser engbegrenzte Termin hängt mit dem Tempo der Keimauswucherung zusammen.

Diese operative Revision ist indiziert bei dem geringsten Verdacht einer Infektion, also unabhängig von einem eventuell negativen Röntgenbefund (Splitter) und hat einzusetzen, ehe neurologische Symptome eine absolute Indikation ergeben.

Zur Transportfrage meint Capelle, daß diese ohne vorherige Toilette nur unter Garantie des geforderten Eingriffstermins am Bestimmungsort geschehen soll. Weiters ist es nach Capelle unter allen Um-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ständen ein Fehler, Hirnschüsse dem Weitertransport zu übergeben, so lange sie drainiert und tamponiert sind.

Der Schluß der Arbeit ist der Technik der primären und Gesichtspunkte für die sekundäre Behandlung gewidmet. Gatscher.

Über die Verwendung von Pferdehaaren als Nahtmaterial. Von Dr. Wolfgang Rosenthal. (Aus dem chirurgisch-poliklinischen Institut der Universität Leipzig.) (M. m. W. 1917. Nr. 8. Feldärztl. Beil.)

Das Haar fand nach der Mitteilung des Verfassers an obiger Station als Nahtmaterial eine vielfache Verwendung. Folgende Eigenschaften werden hervorgehoben: Keine Quellung durch Sekrete (Speichel, Eiter), kein Durchschneiden, keine Nekrosen (Hautnaht, Gefäßnaht, Transplantation etc.), allmähliche Resorption mit geringer Fremdkörperwirkung (Darmnaht).

Die Sterilisation erfolgt durch 10 Minuten langes Kochen (ohne Sodabeimischung) zur Verminderung der Brüchigkeit. Aufbewahrung am besten in steriler trockener Einzelverpackung. Gatscher.

Über eine seltene otologische Fehldiagnose. Von Dr. K. Ulrich, 1. Assistenzarzt der Klinik. (Arbeit aus der oto-laryngologischen Klinik Basel [Direktor: Prof. Dr. Siebenmann].) (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. sw. d. angr. Geb. 103. H. 1.)

Nach einem geringfügigen Trauma traten bei einem mit einer chronischen eitrigen Mittelohrentzündung und Cholesteatom behafteten 15jährigen Knaben cerebrale Erscheinungen auf, die auf Hirnabsceß oder Meningitis hinwiesen. Operationsbefund diesbezüglich negativ. Die Obduktion ergab ein im Bereich der inneren Kapsel sitzendes Blutkoagulum. Die Einzelheiten, insbesondere differentialdiagnostischer Natur, werden ausführlich besprochen. Ernst Urbantschitsch.

Personalien.

Ernannt: Der mit dem Titel eines a. o. Professors bekleidete Privatdozent Dr. Markus Hajek zum außerordentlichen Professor für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie zum Vorstand der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien als Nachfolger weil. O. Chiaris und erhielt den Lehrauftrag für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenheilkunde. — Prof. Dr. Jul. Hegener zum a. o. Professor für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der neu errichteten medizinischen Fakultät in Hamburg.

Gestorben: Der mit dem Titel eines a. o. Professors bekleidete Privatdozent für Laryngologie Dr. Wilhelm Roth in Wien und der Ohrenarzt Dr. A Eitelberg (Wien).

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. A. J. Cemach-Wien: Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde. (Mit 4 Figuren) 401

Vereinsberichte

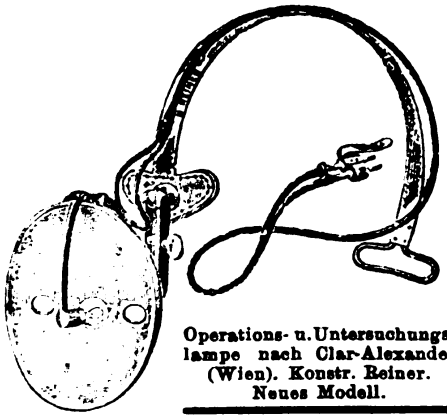
Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 25. Februar 1919 419

Referate

I. Allgemeines 429
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 430
III. Otochirurgie 431

Personalien

Ernannt. — Gestorben 432



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien
Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.
Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.
Neueste Konstruktionen.
Man verlange Spezialofferte.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen

Von Prof. Dr. **Th. Brugsch**-Berlin — Mit 13 Textabbildungen

M 24.— = K 36.— + 20% Teuerungszuschlag,
gebunden M 26.— = K 39.— + 30% Teuerungszuschlag.

Der in Ärzte- und Klinikerkreisen hochgeschätzte Verfasser behandelt in dieser neuen »Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen« auf Grund eigener Erfahrungen zum ersten Male die konstitutionellen Krankheiten von dem einheitlichen Gesichtspunkte einer individuellen Beurteilung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

VALYLPERLEN

(Valeriansäurediäthylamid)

Bewährtes

Sedativum und Nervinum

Eigenschaften:

Konstante, verstärkte, typische Baldrianwirkung, sedativ, analeptisch. Dünndarmlöslich, keine Beschwerden von Seiten des Verdauungstraktus.

Indikationen:

Ohrensausen, Ménière'scher Schwindel.
Neurasthenie, nervöse Herzleiden und Schlaflosigkeit.
Psychische Beruhigung vor der Lokalanästhesie.
Menstruations-, Schwangerschaftsbeschwerden.
Flimmerskotom, Astbenopie, Seekrankheit.

Dosierung:

2—3mal täglich 2—3 Perlen zu 0,125 g.

Originalpackungen:

25 Perlen zu 0,125 g.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., **Wien, VIII/2.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Soeben erschien:

Beiträge zur klinischen Ohrenheilkunde

Festschrift für
Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch-Wien
Von seinen Kollegen, Schülern und Freunden

Mit 86 zum Teil farbigen Textabbildungen und 11 Doppeltafeln sowie 1 Bildnis. 8°. 1919. M 40.— = K 72.—. (Für Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.—.) + 20% resp. 30% Teuerungszuschlag.

Eine Sammlung von Arbeiten erster Autoren als Festschrift veröffentlicht zur Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers, des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch in Wien.

Die hier zum ersten Male veröffentlichten Beiträge sind nicht nur für Ohrenärzte wichtig, sondern vermöge ihres Inhaltes für jeden praktischen Arzt von Interesse.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang 7. Heft
(Juli)

URBAN & SCHWARZENBERG
BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b
WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4
1919

Monatlich erscheint 1 Heft
Preis halbjährlich **30 M = 45 K.** Ein einzelnes Heft kostet **7 M 50 Pf = 10 K.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

☛ *Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr. **Ernst Urbantschitsch**, Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr. **H. Marschik**, Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. A. J. Cemach-Wien: Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde. (Mit 4 Figuren) (Fortsetzung) 433

Vereinsberichte

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 31. März 1919 447

Referate

I. Allgemeines 462
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 463
III. Otochirurgie 463

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

VALYLPERLEN

(Valeriansäurediäthylamid)

Bewährtes

Sedativum und Nervinum

Eigenschaften:

Konstante, verstärkte, typische Baldrianwirkung, sedativ, analeptisch. Dünndarmlöslich, keine Beschwerden von Seiten des Verdauungstraktus.

Indikationen:

Ohrensausen, Ménière'scher Schwindel.
Neurasthenie, nervöse Herzleiden und Schlaflosigkeit.
Psychische Beruhigung vor der Lokalanästhesie.
Menstruations-, Schwangerschaftsbeschwerden.
Flimmerskotom, Asthenopie, Seekrankheit.

Dosierung:

2—3mal täglich 2—3 Perlen zu 0,125 g.

Originalpackungen:

25 Perlen zu 0,125 g.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 7. Heft.

Nachdruck verboten.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Ohrenabteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. G. Alexander).

Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde.*)

Von Dr. **A. J. Cemach**, Assistent der Abteilung.

(Mit 4 Figuren.)

(Fortsetzung.)

Welche Wundarten kommen nun für die Lichtbehandlung in Betracht?

Es hat natürlich keinen Zweck, gut granulierende Wunden der Lichtbehandlung zu unterwerfen. Die Beschleunigung der Wundheilung, die dadurch erzielt werden kann, ist unbedeutend, dagegen ist nichts leichter, als durch unzweckmäßige Bestrahlung die gesunden Granulationen zu schädigen und die Heilung zu verzögern. Es sind vielmehr nur zwei Kategorien von Wunden, die das Objekt der Lichttherapie bilden: 1. Verunreinigte, speckig belegte oder brandige, stinkende Wunden und 2. torpide, schlecht granulierende, keine Tendenz zur spontanen Heilung zeigende Wunden und Geschwüre (namentlich tuberkulöse, variköse und ähnliche).

Unter dem Einfluß des Lichtes wird im ersten Falle das Wundterrain von nekrotischen Bestandteilen gereinigt, das Sekret desodoriert, die Wundsekretion nimmt nach vorübergehender Vermehrung ab, die Wundfläche beginnt lebhaft zu granulieren. Nach Stein, Eisenbach, Jesionek, Kork, Bäumer u. a. wird die auf eiternden Wunden des öfteren vorkommende Pyocyaneus-Infektion durch einige Bestrahlungen mit Quarzlicht sicher beseitigt. Im zweiten Falle wird die fehlende Wundreaktion, d. h. jener Vorgang angeregt, der die Heilung des lädierten Gewebes in die Wege leitet: schlaffe, mit Fibringerinnsel bedeckte Granu-

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Österr. otologischen Gesellschaft am 28. IV. 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lationen werden aufgefrischt, Sekretion wird angeregt, es folgt lebhafte Proliferation der Zellen des Wundrandes, ein Epithelsaum schiebt sich vom Rande her vor und die Wundfläche heilt mit weicher, dünner Narbe.

Am deutlichsten tritt diese günstige Wirkung zutage bei rein flächenhaften Wunden. Bei zerklüfteten Wundflächen und tiefen Höhlenwunden, die der Einwirkung der Strahlen nicht unmittelbar ausgesetzt werden können, ist der Erfolg der Belichtung nicht so günstig oder bleibt vollkommen aus (Eisenbach, Deus). Um diesem Mangel abzuhelfen, bin ich derzeit mit der Konstruktion eines Quarzstiftes beschäftigt, der die Strahlen nicht nur am vorderen Ende aussendet, sondern nach allen Richtungen hin streut. In den Wundkanal eingeführt, wird er die Belichtung aller Buchten und Taschen des Wundterrains ermöglichen. Die Sache befindet sich noch im Versuchsstadium.

Bei der Behandlung von Wunden und Geschwüren hat sich die Quarzlichtbehandlung in mancher Beziehung vorteilhafter erwiesen als die natürliche Insolation in der Ebene, denn sie läßt zuweilen eine energischere Einwirkung auf den Wundverlauf zu, als unser ultraviolettarmes Sonnenlicht. Eine richtige, sachgemäße Belichtungstechnik ist die unbedingte Voraussetzung des Erfolges. Will man die geschilderten schönen Erfolge erzielen, so hat man nicht nach der Schablone, sondern planmäßig und zweckentsprechend zu Werke zu gehen.

Torpide, insbesondere belegte Wunden bedürfen einer energischen Bestrahlung, um die erwünschte entzündliche Reaktion hervorzurufen. Das Licht soll hier einen Ätzeffekt ausüben. Da Fibrinauflagerungen die ultravioletten Strahlen in hohem Maße absorbieren, läßt man das Weißlicht der Quarzlampe nach Abdeckung der Umgebung 20—30 Minuten, bei dickem Belag bis zu einer Stunde aus nächster Nähe einwirken. Unter Borwasserumschlag erfolgt dann die entzündliche Reaktion mit Abstoßung des mortifizierten Belags. Sobald gesunde Granulationen aufschießen, geht man nun mit weiterer Dosierung des Lichtes sehr vorsichtig vor: man bestrahlt jeden 3.—4. Tag 5—10 Minuten mit Blaulicht aus 20—30 *cm* Entfernung. Man kann dabei die gut granulierenden Partien zeitweilig abdecken und die Strahlen nur gegen die reaktionslosen Stellen richten. Größte Vorsicht ist hier am Platze: eine Überdosierung schädigt die Granulationen und verzögert die Epithelisierung. Die frischen üppigen Granulationen werden dann matsch, die Wunde überzieht sich mit einem grauen Belag und sieht wie verbrannt aus. Dann muß mit weiteren Bestrahlungen sofort ausgesetzt werden. Unter indifferenter Salbenbehandlung erholen sich die Granulationen gewöhnlich in einigen Tagen.

Bei reinen, gut granulierenden Wunden, bei denen lediglich die Epithelisierung beschleunigt werden soll, ist von vornherein nur milde Blau-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichtbestrahlung unterhalb der Erythemdosis gestattet. Entzündliche Reaktion darf keineswegs eintreten. Unter Verbänden mit 1%iger Lapissalbe (zweckmäßig mit Zusatz von 10% Perubalsam) erfolgt dann Epithelisierung und Vernarbung in kürzester Zeit. Die milden Bestrahlungen haben noch den Vorteil, daß zu üppig wuchernde Granulationen zurückgehalten werden, so daß zarte, schmiegsame Narben entstehen.

Andererseits wirkt das Quarzlicht auch narbenerweichend. Nach Kromayer hat das blaue Quarzlicht, verbunden mit Kompression, als narbenlösendes Mittel nur einen ebenbürtigen Konkurrenten: das Radium. Diese Eigenschaft kann verwertet werden zur Einschmelzung von Keloiden und kallösen Bindegewebswucherungen in der Umgebung chronischer Geschwüre.

Die Kompressionsmethode mit filtriertem Quarzlicht wird von Thedering warm empfohlen auch zur Behandlung tuberkulöser Ulcera. Der Druckansatz wird direkt auf den sorgfältig gereinigten Geschwürsgrund 10—20 Minuten lang eingestellt. Sind torpide Belege vorhanden, so verwendet Thedering Weißlicht. Bei starker Reaktion werden Pausen eingeschaltet, sonst tägliche Bestrahlung mit Blaulicht. Verband mit Argentum-Perubalsamsalbe.

Kovacz und Wagner haben mit Blaulichtbestrahlung gute Erfolge bei Erfrierungen erzielt.

Von den zahlreichen dermatologischen Indikationen sei hier nur das den Ohrenarzt am meisten interessierende Ekzem hervorgehoben. Kromayer warnt vor kritikloser Anwendung des Quarzlichtes bei Ekzem, bestätigt jedoch, daß es, im richtigen Momente richtig angewandt, noch in Fällen Heilung bringen kann, die jahrelang vorher jeder Behandlung trotzten. Unbedingt verboten ist die Bestrahlung des akuten Ekzems, da die akut-entzündlichen Erscheinungen durch den Lichtreiz nur eine Zunahme erfahren können. Das eigentliche Objekt der Quarzlichtbehandlung sind die subakuten und chronischen, hartnäckig rezidivierenden Formen, in erster Linie die pustulösen und papulovesikulären Ekzeme, die sich gegenüber jeder anderen Therapie (einschließlich Röntgenbestrahlung) refraktär verhalten, einer intensiven Bestrahlung mit dem Weißlicht der Quarzlampe aber in der Regel nicht standhalten können. Ebenso wirksam erweist sich das Quarzlicht bei den rezidivierenden seborrhoischen Ekzemen. Daß skrophulöse Ekzeme durch Sonnen- und Quarzlicht sehr günstig beeinflußt werden, wurde bereits erwähnt. Ein weiterer geeigneter Gegenstand für die Quarzlampe sind nach Thedering u. a. die umschriebenen, chronisch infiltrativen Ekzeme mit Verdickung der Haut; hier bewirkt wiederholte Kompressionsbehandlung mit Weißlicht eine Erweichung der Infiltrate.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei vielen chronischen Ekzemen soll Röntgen- dem Quarzlicht weit überlegen sein (Kromayer), doch versagt ersteres gerade bei den das Ohr am häufigsten heimsuchenden pustulösen und papulovesikulären sowie bei den seborrhoischen Formen (Leidler und Schwarz). Nach F. Mayer sollen aber die Röntgenstrahlen, zumal bei denjenigen Ekzemarten, die nur durch dosimetrisch schwer meßbare weiche Strahlen beeinflußt werden, auch weitgehende Schädigungen der Haut (Atrophie, Dermatitis, Teleangiektasie etc.) verursachen können, weshalb sie in der Ekzemtherapie teilweise vom Quarzlicht verdrängt wurden.

Die hier besprochenen Heilwirkungen des Lichts sind nicht als zufälliges Ergebnis flüchtiger Beobachtungen, sondern als reife Frucht jahrzehntelanger Forscherarbeit ernster und gewissenhafter Ärzte zu betrachten. Die Methode ist, aus dem Stadium der Versuche längst heraus, als die größte Errungenschaft der modernen Therapie ihrem Rüstzeug einverleibt worden. Besonders auf dem Gebiete der Tuberkulose, aber auch auf dem der Wund- und Ekzembehandlung ist die hervorragende, allen anderen Faktoren überlegene Heilkraft des natürlichen und künstlichen Lichtes allgemein anerkannt und geschätzt. Gerade die tuberkulösen und ekzematösen Erkrankungen bilden aber in therapeutischer Beziehung die schwächsten Punkte der Ohrenheilkunde. Die Einführung der Lichtbehandlung in die Otologie bot demnach von vornherein die besten Aussichten auf Erfolg. Denn die Tuberkulose des Ohres ist eine Tuberkulose wie jede andere, und das Ekzem der Ohrmuschel bzw. des Gehörgangs gleicht in allen Einzelheiten einer ekzematösen Erkrankung anderer Körperstellen. Was sich dort bestens bewährt hat, mußte sich hier ceteris paribus ebenso wirksam erweisen. Wäre die Lichtbehandlung nur ein verläßlicher Heilfaktor für Tuberkulose und Ekzem des Ohres, so wäre ihr dadurch allein ein Ehrenplatz unter den ototherapeutischen Methoden gesichert. Sie ist aber, wie meine Versuche gezeigt haben, imstande, noch mehr zu leisten.

Die **otiatrischen Indikationen,** die ich im Folgenden aufstellen werde, sind keineswegs bloße Deduktionen, reine Analogieschlüsse aus allgemeinen auf spezielle Verhältnisse. Sie stützen sich vielmehr auf zahlreiche Beobachtungen, die für die häufigeren Krankheiten des Ohres ein zu allgemein gültigen Schlußfolgerungen berechtigendes Material ergeben. Nur bei selteneren Krankheitsformen fehlen mir eigene Beobachtungen; das werde ich an den betreffenden Stellen ausdrücklich vermerken.

Der halbwegs vorgeschrittenen **Tuberkulose des Ohres** steht unsere Therapie nahezu ganz machtlos gegenüber. Bis vor kurzem galten nur die rein mukösen Formen, die sich bei mehr weniger negativem pulmonalen Befund und intaktem knöchernen Mittelohr in der Paukenschleim-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haut etablieren, für heilbar. Alle anderen Fälle, in denen der Mittelohrprozeß nur eine Teilerscheinung einer allgemeinen tuberkulösen Körpererkrankung ist (und das ist die überwiegende Mehrzahl), werden prognostisch ungünstig beurteilt.

Von der chirurgischen Therapie ist nicht viel zu erwarten. Ich bin kein Freund der Frühoperation der Ohrtuberkulose und glaube nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, daß es die wenigsten Kollegen sind. Wenn es hie und da auch gelingen mag, durch einen frühzeitigen Eingriff den Krankheitsherd mit Stumpf und Stiel auszurotten, so ist zweifellos viel häufiger der Erfolg nur der, daß ein muköser Prozeß in einen ossalen verwandelt und eine torpide Knochenwunde gesetzt wird, mit der man nichts anzufangen weiß. Auch die Chirurgen sind überall dort, wo ihnen moderne Methoden zu Gebote stehen, von der blutigen Entfernung des tuberkulösen Herdes abgekommen. Welchen Grund haben die Otologen, an einer Operation festzuhalten, die nur ausnahmsweise imstande ist, die gesamten erkrankten Knochenpartien zu entfernen, in allen übrigen Fällen aber durch die anatomischen Eigentümlichkeiten des Operationsterrains verurteilt ist, halbe Arbeit zu bleiben?

Das Versagen der konservativen und chirurgischen Therapie drängte zu Versuchen mit neuen Methoden. Es wurden ihrer mehrere angegeben, doch vermochten auch die neuen Mittel nicht, die düstere Prognose zu verbessern. Vor einigen Jahren habe ich über Erfolge berichten können, die ich mit der spezifischen Therapie der Mittelohrtuberkulose erzielte.[5]) Sie hat sich auch weiter bewährt, doch zeigte es sich alsbald, daß auch ihre Wirksamkeit kaum über die Grenzen der Schleimhauttuberkulose hinausgeht, daß sie bei den vorgeschrittenen Formen der Schläfenbeintuberkulose nur insofern von hoher Bedeutung ist, als sie den Organismus entgiftet und dadurch die von außen angreifenden lokalen Behandlungsmethoden von innen wirksam unterstützt. So gelingt es nicht selten, durch kombinierte Anwendung der spezifischen diätetischen und chirurgischen Therapie auch beginnender ossaler Formen der Mittelohrtuberkulose Herr zu werden.

Ist der Prozeß jedoch weiter eingedrungen, so versagt gewöhnlich auch die Kombination der Heilmittel. Was soll nun mit diesen Fällen geschehen? Entspricht es dem gegenwärtigen Stande der Phthiseotherapie, daß wir uns damit begnügen, das Todesurteil zu sprechen und in aller Gemütsruhe zuzusehen, wie unsere Prognose in Erfüllung geht, während wir die kostbare Zeit, zur eigenen und des Patienten Beruhigung

[5]) Siehe diese Monatsschrift, 1916, H. 7—8: Cemach. Über die spezifische Behandlung der Mittelohrtuberkulose.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(ut aliquid fieri videatur), mit nutzlosen medikamentösen oder blutigen Eingriffen verzetteln? Und das zu einer Zeit, in der sich der Satz Rolliers, daß mit der Sonnenbehandlung „Heilung zu erzielen sei bei chirurgischer Tuberkulose jeder Art, jeden Stadiums und in jedem Lebensalter" zur allgemeinen Anerkennung durchgerungen hat! Gilt dieser Satz im allgemeinen, so haben auch wir keine Ursache, die Flinte ins Korn zu werfen. Diese Ansicht habe ich vor Jahren vertreten.[6]) Ich bin jetzt auf dem Wege, Belege für ihre Richtigkeit zu liefern.

Ich verfüge derzeit über 20 mit Licht behandelte vorgeschrittene Mittelohrtuberkulosen; sie werden an einer anderen Stelle ausführlich besprochen werden. Das Material ist zu klein, zu einseitig, um die Entscheidung herbeizuführen; die Fälle wurden auch nicht so behandelt, daß von einer restlosen Ausnützung des Heilfaktors die Rede sein könnte. Um die Heilkraft des Lichts bei Ohrtuberkulose richtig beurteilen zu können, muß man die Möglichkeit haben, die therapeutischen Wirkungen desselben parallel dem Grade und Stadium der Erkrankung zu steigern, d. h. je nach der Ausdehnung des Prozesses von Tieflandsonne und Quarzlicht zu Mittel- und Hochgebirgssonne übergehen zu können. Diese Möglichkeit fehlte mir. Ich mußte hauptsächlich mit Quarzlicht arbeiten; nur im heißen Sommer 1917 habe ich systematisch von natürlichem Sonnenlicht auf einer Wienerwaldhöhe, ca. 300 *m* über dem Stadtniveau, Gebrauch machen können. Um die Lichtwirkung zu unterstützen, habe ich gleichzeitig auch spezifisch behandelt (Tuberkulomuzin subkutan). Leider konnte ich die Heilkraft guter Ernährung nicht ausnutzen. Im Gegenteil wurde die Behandlung, die im 3., 4. und 5. Kriegsjahre durchgeführt wurde, durch die zunehmende Unterernährung der Patienten ungemein erschwert. Wenn ich trotzdem zirka die Hälfte meiner Fälle, durchwegs ossale Ohrtuberkulosen, heilen konnte, so ist das ein Erfolg, der die schönsten Perspektiven eröffnet.

12 von 20 Fällen waren Soldaten, die übrigen Zivilpersonen, zumeist Kinder. Mehr als die Hälfte (11 Fälle) kam bereits operiert in meine Hände; in 8 Fällen war die einfache Aufmeißelung, in 3 die Radikaloperation vorausgegangen. Weit klaffende, keine Spur von Heilungstendenz zeigende Wunden mit nackten, von spärlichen Inseln grauroter matscher Granulationen unterbrochenen Knochenwänden wechselten ab mit tumorartigen kallösen Schwellungen, auf deren livid verfärbter Oberfläche eine oder mehrere Fisteln mündeten. Von den übrigen 9 Fällen handelte es sich zweimal um primäre Tuberkulose des Warzenfortsatzes bei Kindern, einmal um akute Schleimhauttuberkulose, die sich gegenüber

[6]) l. c.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der spezifisch-medikamentösen Behandlung refraktär zeigte. Der Rest bestand aus destruierenden Paukenhöhlentuberkulosen mit durchwegs beträchtlicher Zerstörung der knöchernen Umgebung. In 6 Fällen war der Facialis gelähmt. Die Spezifität sämtlicher Fälle wurde durch histologische bzw. bakteriologische Untersuchung sichergestellt.

Von 20 behandelten Patienten wurden 8 ganz oder nahezu ganz geheilt, weitere 5 bedeutend gebessert, einer wenig gebessert und einer, der gute Fortschritte machte, brach die Behandlung vorzeitig ab. In 5 Fällen war ein Erfolg der Behandlung (Quarzlicht, bei 3 Fällen teilweise kombiniert mit Sonnenlicht) nicht zu sehen. Die Prognose dieser Fälle war von vornherein schlecht: in 3 Fällen lag eine weit vorgeschrittene Caries des Schläfenbeins, in einem ein schwerer Lungenprozeß und im letzten Mischinfektion mit Lues vor. Zu den 8 Geheilten gehören 5 vorher Operierte, eine primäre Mastoidaltuberkulose und 2 mittelschwere Fälle von Caries. Pulmonal lagen durchwegs Spitzenprozesse 1.—2. Grades vor.

In bezug auf die erzielten Resultate besteht ein großer Unterschied zwischen der Sommer- (1917) und Winterbehandlung. Der Sommer 1918 war regnerisch, die Sonne ließ uns im Stiche. 1917 dagegen sengte die Sonne von Mai bis September beinahe ohne Unterbrechung und die kleine, im Walddickicht verborgene Wiese am Exelberg, meine Sonnenheilstätte „Leysin in Wien", war braungebrannt. Tagaus tagein gingen 6 Mann (5 Soldaten, 1 Zivilist) zeitlich morgens zur Wiese hinauf und blieben bis abends, nur mit Badehose bekleidet, im Freien. Eine weitere Patientin führte die Sonnenkur auf dem Donaustrande in Kritzendorf durch und dasselbe tat ein Junge in seinem Garten in der Umgebung der Großstadt.[7]) Von diesen 8 Personen wurden 6 geheilt, 1 bedeutend gebessert. Die übrigen 12 Patienten, die vom Herbst 1917 bis zum Winter 1918 fast ausschließlich mit Quarzlicht behandelt wurden, ergaben nur 2 Heilungen und 3 wesentliche Besserungen. In der ersten Gruppe also 75% (bzw. 87%), in der zweiten nur 16% (bzw. 42%) positiver Erfolge. Die gewaltige Überlegenheit der Sonne über die Quarzlampe bei der Behandlung von Knochentuberkulose tritt hier von neuem deutlich zutage.

Quarzlicht wurde vorwiegend in der Form von Vollbädern appliziert (es stand mir eine Bachsche Quarzsonne zur Verfügung). Bei den geschlossenen Formen habe ich von lokaler Belichtung gänzlich abgesehen, bei offenen torpiden Operationswunden dagegen nach Bedarf von Blaulicht mit oder ohne Kompression gern Gebrauch gemacht. Manche speckig

---

[7]) Dieser lehrreiche Fall wurde von mir aus einem anderen Grunde bereits publiziert: Cemach, Zur Topographie der periaurikulären Lymphdrüsen. Mschr. f. Ohrhlk. 1917. H. 5—6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

belegte Wunde wurde zunächst mit einer kräftigen Weißlichtdosis verätzt und dann mit Blau nachbehandelt. So gelang es öfters, fehlendes Granulierungsvermögen neu anzuregen und bis zur Vernarbung wach zu erhalten.

Durch diese Versuchsreihe hat meine aprioristische Annahme, die Mittelohrtuberkulose dürfte wie jede andere Knochentuberkulose durch Sonnenlicht zu beeinflussen sein, vorläufig eine Bestätigung erfahren. Weitere Schlüsse sollen aus diesen Ergebnissen noch nicht abgeleitet werden. Die Methode muß weiter ausgebildet werden, es muß vor allem die Möglichkeit geschaffen werden, von der natürlichen Sonne und nicht von ihren Surrogaten ausgiebigen Gebrauch zu machen. Unsere wohlhabenden Patienten werden wir wohl ins Hochgebirge schicken. Für die Masse kommt dieses Mittel jedoch nicht in Betracht: sie soll nicht nur geheilt, sondern auch zu Hause geheilt werden. Auch dieses Ziel ist, wie wir sehen, durchaus erreichbar. In größerem Maßstabe allerdings nur dann, wenn die Behandlung aus den dunklen Ambulatorien ins Freie und aus dem Dunstkreis der Stadt auf die Höhen des Wienerwaldes verlegt wird.

Das Gleiche gilt für die skrophulösen Erkrankungen des Ohres. Ich habe eine Reihe von Kindern, die neben anderen Erscheinungen der Skrophulose auch hartnäckig rezidivierende, konservativ schwer beeinflußbare Otitiden aufwiesen, mit bestem Erfolg einer kombinierten Sonnen-Quarzlichtbehandlung unterworfen. Mit der Besserung des Allgemeinbefindens und Rückbildung der katarrhalischen Erscheinungen an den Augen und der Nase heilte gewöhnlich auch die Mittelohrentzündung unter konservativer Behandlung (Reinigung, Drainage) in wenigen Wochen. Geradezu verblüffend war mitunter der Einfluß des Sonnenlichts auf die chronischen, jeder Behandlung trotzenden Ekzeme der Ohrmuschel und des Gehörgangs. Ebenso befriedigende Resultate konnte ich in einigen Fällen, wenn auch viel langsamer, mit der reinen Quarzlichttherapie (Allgemeinbestrahlung) erzielen.

Die Behandlung des **Ekzems** ist die zweite wichtige Indikation für die Verwendung des Quarzlichts in der Ohrenheilkunde.

Das chronische Ekzem ist das Kreuz des Ohrenarztes, übrigens auch des Dermatologen. Doch versteht es der Fachmann gewöhnlich, durch zielbewußtes Kombinieren verschiedener Ekzemmittel früher oder später eine Heilung zu erzielen, während bei uns, mangels spezieller Kenntnisse, ein planloses Manipulieren mit Medikamenten einsetzt, das an die Geduld des Patienten harte Anforderungen stellt, ohne in vielen Fällen zum Ziele zu führen. Die Therapie des Ohrenekzems bedarf dringend einer völligen Umgestaltung auf moderner Grundlage. Das Quarzlicht, das einen unentbehrlichen Bestandteil der modernen Ekzemtherapie bildet, darf auch in unserem Heilschatze nicht fehlen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die Bestrahlung eignen sich fast alle am Ohre vorkommenden Formen des Ekzems, aber erst dann, wenn sie in das chronische oder mindestens in das subakut-rezidivierende Stadium übergegangen sind. In letzterem Falle ist sehr vorsichtige Bestrahlung mit Weißlicht unter Vermeidung einer Reaktion, bei chronischem Ekzem dagegen die Erythemdosis oder die Anwendung von Dauerbädern mit Blaulicht angezeigt. Bei seborrhoischen und squamösen Ekzemen genügt zuweilen eine einmalige Belichtung mit Weißlicht, in der Regel sind 3—4 Sitzungen erforderlich. Die krustösen, nässenden Formen werden am zweckmäßigsten mit kleinen Dosen oder mit Blaulicht behandelt, sie brauchen gewöhnlich 8—12 Sitzungen. Das Nässen hört nach der 1.—2. Bestrahlung auf, Schmerz und Juckreiz lassen gleichzeitig nach. Nun weicht man die Krusten mit Öl- oder Prießnitzumschlägen auf, entfernt sie und appliziert eine weitere Lichtdosis auf den gereinigten Boden; diese Prozedur muß einige Male wiederholt werden. In 2 Fällen, die ich hier seinerzeit vorgestellt habe, sind nach Abheilung des Ekzems hochgradige elephantiastische Verdickungen der Ohrmuschel spontan zurückgegangen. In einem dieser Fälle, der trotz medikamentöser Therapie durch 18 Jahre hartnäckig rezidivierte, ist seit 1916 kein Rezidiv aufgetreten; der andere hat sich der Beobachtung entzogen. Kontraindiziert ist das Quarzlicht dagegen bei den subakuten Infiltraten des E. madidans.

Damit will ich nicht gesagt haben, daß jedes Ekzem der Ohrmuschel nach Ablauf der akuten Erscheinungen der Quarzlichttherapie zugeführt werden soll; im Gegenteil will ich die Lichtbehandlung nur für jene Fälle reserviert sehen, die jeder anderen Therapie trotzen. Das äußerst differente Mittel der durch Licht erzeugten Hautentzündung darf nur dort Anwendung finden, wo durch mildere Prozeduren und Medikamente (Salben, Tinkturen, Adstringentia etc.) eine Beeinflussung des Prozesses nicht erzielt werden konnte. Bei solchen Fällen aber, die oft jahrelang durch nichts zu beeinflussen waren, sieht man gewöhnlich überraschende Erfolge nach wenigen Bestrahlungen mit Quarzlicht. Versagt auch dieses, so sind Röntgenstrahlen zu versuchen. Peinliche Aufmerksamkeit ist der Ätiologie zuzuwenden und etwa vorhandene ursächliche Schädlichkeiten zu beseitigen. Es wäre ein aussichtsloses Unternehmen, ein Ekzem beeinflussen zu wollen, das von einer infolge der Gehörgangsschwellung verkannten Media unterhalten wird.

Die Ohrmuschel wird diffus bestrahlt aus 10—15 *cm* Entfernung, im Gehörgang müssen wir uns eines Quarzstiftes bedienen. Wird mit Weißlicht gearbeitet, so muß das Trommelfell abgedeckt werden; dazu eignet sich am besten schwarze Watte (in Schneiderzubehörgeschäften zu haben). Bei infiltrativen Ekzemen mit Verengerung bzw. Verschluß des Gehörgangs

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird zunächst durch eine oberflächliche Bestrahlung die Schwellung im Meatuseingang beseitigt, worauf das vorsichtige Einführen und sukzessive Vorschieben des Stiftes möglich wird.

Ich habe zirka 100 Fälle von chronischem, gegen anderweitige Therapie refraktären Ekzem der Ohrmuschel und des Gehörgangs mit Quarzlicht behandelt und in 47 Fällen einen dauernden Erfolg erzielt. Der Prozentsatz der geheilten Fälle ist jedoch um vieles höher, wenn wir die letzten 50 Fälle, bei denen ich schon Erfahrung besaß und eine sicherere Auswahl der geeigneten Fälle treffen konnte, der Statistik zugrunde legen: 31 (= 62%) wurden geheilt. Diese Zahlen beweisen, daß wir im Quarzlicht ein Hilfsmittel gewonnen haben, das geeignet ist, die Behandlung des Ohrekzems abzukürzen und erfolgreicher zu gestalten.

Tuberkulose und Ekzem sind, wie ich wiederholt betonte, wegen ihrer klinischen Bedeutung und der Insuffizienz der alten Methoden die weitaus wichtigsten Anwendungsformen der Phototherapie auf unserem Gebiete. Alle weiteren Indikationen treten an Bedeutung zurück, teils weil es sich um seltenere Erkrankungen handelt, teils weil dem Lichte andere mehr oder weniger heilkräftige Mittel gegenüberstehen.

Von den selteneren Krankheitsprozessen wäre, um bei den Erkrankungen des äußeren Ohres zu bleiben, zunächst die **Perichondritis** der Ohrmuschel zu erwähnen, und zwar die seröse (bzw. das Othämatom) und die phlegmonöse. Die konservative Therapie versagte hier, zumal bei der phlegmonösen Form, nahezu gänzlich. Aber auch die üblichen großen Incisionen vermochten in sehr vielen Fällen die Einschmelzung und Ausstoßung nekrotischen Knorpels nicht hintanzuhalten, und die Folge war hochgradige Entstellung der Ohrmuschel. Nach meinen, quantitativ allerdings noch geringen Erfahrungen wird die Lichtbehandlung, speziell das Quarzlicht, auch hier Wandel schaffen.

Das Material, das mir zur Verfügung stand, war leider nur klein: eine seröse, drei eitrige Perichondritiden.

Die seröse Perichondritis (es kann auch ein Othämatom gewesen sein) war walnußgroß, prall gefüllt. Jodanstrich und Alkoholumschläge blieben wirkungslos, der Zustand änderte sich durch 6 Wochen nicht. Von ganz anderer Wirkung war aber die Bestrahlung mit Quarz-Blaulicht (20 Minuten). Gleich nach der ersten Sitzung begann die Geschwulst zu schrumpfen, in der bisher straff gespannten Haut bildeten sich zahlreiche feine Runzeln. Nach der vierten Bestrahlung (50 Minuten) war das Exsudat größtenteils resorbiert, die Haut der Fossa navicularis abgehoben und in Falten gelegt. In diesem Stadium blieb Patient von der weiteren Behandlung aus und ließ nichts mehr von sich hören. Eine Nachfrage bei der Polizei ergab, daß er Wien verlassen hatte. Es bestand aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kein Zweifel, daß weitere Bestrahlungen eine vollständige Heilung herbeigeführt hätten. Ich habe über den Fall seinerzeit in dieser Gesellschaft berichtet.[8]) Leider war das der einzige. Es wäre interessant, die resorbierende Wirkung des roten Lichts bei derartigen Ergüssen zu erproben.

Auch einen geheilten Fall von eitriger Perichondritis nach Radikaloperation habe ich hier vorgestellt[9]): einen Soldaten, dessen linkes Ohr eine geringfügige Verdickung des oberen Helixrandes aufwies. Das war die einzige Folge einer abgelaufenen schweren Phlegmone, sonst ließ das Resultat in kosmetischer Beziehung wenig zu wünschen übrig. Als ich die Behandlung übernahm, war die ganze Ohrmuschel hochgradig geschwollen, in der Fossa navicularis konnte ich beginnende Fluktuation wahrnehmen. Es bestand heftiger Spannungsschmerz, der dem Patienten die Nachtruhe raubte. Dieser Schmerz nahm nach 2 Belichtungen ab, um nach der dritten ganz zu verschwinden. Der Absceß ging ohne Einschmelzung zurück. Angewendet wurde weißes Quarzlicht, dessen Wirkung, da es sich um eine akut entzündliche Affektion handelte, durch die Sollux-lampe unterstützt wurde. Die Heilung nahm 12 Sitzungen (Quarzlicht 3—20 Minuten, Nitralicht $^1/_2$—1 Stunde) in Anspruch; weitere 6 Sitzungen vermochten die fibröse Induration an der Spitze der Ohrmuschel nicht zu beseitigen. — Ebenso heilte ein zweiter Fall nach 9 Bestrahlungen mit kombiniertem Licht. In einem dritten Falle, der ebenso gut wie die vorhergehenden auf Licht reagierte, mußte die Behandlung nach der 5. Sitzung wegen eines interkurrenten Erysipels abgebrochen werden.

Alle 3 Fälle wurden mit Quarz- und Nitralicht[10]) bestrahlt. Mangels weiterer Fälle bot sich mir keine Gelegenheit, zu ermitteln, ob die Heilwirkung nur der Kombination beider Lichtarten zukomme oder auf eine der beiden zurückzuführen sei. Diese Frage bleibt einstweilen offen.

Eine günstige Einwirkung des Sonnen- und Quarzlichts darf theoretisch auch bei der tuberkulösen Perichondritis erwartet werden. Ich verfüge über keine diesbezüglichen Erfahrungen.

Bisher war die Rede von der entwickelten Perichondritis. Es ist aber auch möglich, durch rechtzeitige Anwendung des Lichtbades die Entwicklung und Ausbreitung der Entzündung hintanzuhalten. Mir ist es in einem Fall, in welchem im Anschlusse an eine Radikaloperation eine entzündliche Schwellung der Cymba conchae aufgetreten war, gelungen, diese durch eine Bestrahlung mit Nitralicht (1 Stunde) zur Rückbildung zu bringen. Das an Wärmestrahlen überreiche Nitralicht wirkte hier anti-

---

[8]) Novembersitzung 1918.

[9]) Jännersitzung 1919

[10]) Dem Licht der mit Stickstoff gefüllten Solluxlampe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

phlogistisch. Aber auch Quarzlicht dürfte in jenen Fällen von Einfluß sein, wo die an Radikaloperationen anschließende Perichondritis ihre Entstehung dem Bacillus pyocyaneus verdankt, da derselbe durch Quarz-Weißlicht restlos vernichtet wird.

In kausalem Zusammenhange steht die Perichondritis öfters mit **traumatischen Verletzungen:** der Verwundung, Erfrierung, Verbrennung und Verätzung der Ohrmuschel. Jede tiefergehende Verletzung, die Perichondrium und Ohrknorpel in Mitleidenschaft zieht, kann eine Perichondritis mit ausgedehnten Nekrosen des Knorpels zur Folge haben. Auch hier kann die Lichtbehandlung Gutes leisten.

Ich habe eine Hiebwunde der Ohrmuschel, die von einem Säbelhieb herrührte, behandelt. Der Schnitt, der quer durch die Ohrmuschel verlief, legte an der Anthelix den Knorpel frei. Die Wunde war infiziert, speckig belegt, ihr Rand kallös verdickt, die übrige Ohrmuschel durch Schwellung vergrößert. Durch Bestrahlung mit weißem Quarzlicht (20 Minuten) wurde die Wunde gereinigt, ein zirka bohnengroßes Stück Knorpel stieß sich ab und nach einer Woche war die ganze Wundfläche von gesunden Granulationen bedeckt. Halbstündige Blaubestrahlungen in dreitägigen Intervallen unterstützten die Heilung, die nach 24 Tagen mit befriedigendem kosmetischen Erfolg vollendet war.

Ebenso verlief eine Streifschußverwundung, die ein Stück der Helix mitsamt dem Knorpel weggerissen und im weiteren Verlaufe zur circumscripten Perichondritis in der Fossa navicularis geführt hatte. Die Wunde war durch Pyocyaneus verunreinigt. Die Heilung nahm unter Quarzlichtbestrahlung 3 Wochen in Anspruch, das kosmetische Resultat war ausgezeichnet.

Während des Krieges sah ich zahlreiche Fälle schwerer Erfrierung der Ohrmuscheln mit weitgehenden Nekrosen der Weichteile und des Knorpels. Die meisten kamen nach tagelangem Transport in höchst verwahrlostem Zustand ins Spital. Sowohl ich wie die mitbeobachtenden Kollegen hatten den Eindruck gewonnen, daß die bestrahlten Fälle viel rascher verliefen und mit bedeutend geringeren Deformitäten der Ohrmuschel heilten als die mit Salbenverbänden behandelten.

In einigen Fällen von chronischer Erfrierung, einer unter den Schützengrabenbewohnern recht verbreiteten Erkrankung der Ohrmuscheln, habe ich mit Quarz-Blaulicht gute Erfolge erzielt. Das Leiden rezidiviert bekanntlich bei jeder kalten Witterung und verursacht den Patienten durch starkes Brennen und Jucken während des Aufenthalts in geheizten Räumen bedeutende Beschwerden. Nachdem Jod-, Ichthyol- und Salbenapplikationen wirkungslos blieben, konnte ich durch einige (4—6)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blaulichtdosen mittlerer Stärke dauerhafte Heilung erzielen. Zwei von diesen Patienten sind seit dem Winter 1917—1918 rezidivfrei.

Die Reihe der Krankheiten der Ohrmuschel, die durch Licht günstig beeinflußt werden, wird durch die **Hauttuberkulose** abgeschlossen.

Der Lupus der Ohrmuschel, meist am Lobulus lokalisiert, wird nach den allgemeinen Regeln der Lupustherapie behandelt. Oberflächliche Formen können mit Quarz-Weißlicht (unter Kompression) beseitigt werden, für die tiefwurzelnden älteren Infiltrate tritt die souveräne Finsenbehandlung (konzentriertes gekühltes Bogenlicht) in ihre Rechte. Eine sachgemäße Therapie kann nur in einer Lupusheilstätte durchgeführt werden.

Das Ohrläppchen ist zuweilen Sitz einer infiltrativen Form der Hauttuberkulose, die es in einen Tumor verwandelt. Solche Fälle wurden bis jetzt chirurgisch behandelt, wobei die Amputation des Lobulus eine bedeutende Verunstaltung des Ohres zurückließ. Ich sah einen solchen Fall unter rein lokaler Quarzlichtbehandlung in relativ kurzer Zeit (drei Monate) ohne jede Deformität heilen. Ich verdanke diese Beobachtung einem befreundeten Kollegen, der, ohne zu wissen, daß es sich um eine Tuberkulose handelte, einen Versuch mit Quarzlicht machte.

Von den Krankheiten des äußeren Gehörgangs fallen zunächst die akut-entzündlichen Affektionen, die Dermatitis und die **Otitis externa** diffusa und circumscripta, in das Wirkungsfeld der Lichtbehandlung. Das Licht wirkt hier in dreifacher Richtung: 1. schmerzstillend, 2. entzündungshemmend, 3. die Resorption bzw. Einschmelzung fördernd, und in allen diesen Richtungen wird es seiner Aufgabe viel besser gerecht als die bisher geübten Methoden: Prießnitzumschlag, Biersche Stauung etc. Dem Zwecke entsprechend verdient hier das an Wärmestrahlen reiche Kohlenbogen- bzw. Glühlampenlicht den Vorzug vor dem Quarzlicht, das in Form des Weißlichtes geradezu kontraindiziert ist. Auch konzentriertes Sonnenlicht hat sich bewährt. Da die Kohlenbogenlampe im Gebrauch umständlich und teuer ist, empfiehlt sich am meisten die Verwendung einer lichtstarken Glühfadenlampe (500 bis 1000 Kerzen). Ich habe fast ausschließlich die Solluxlampe verwendet, die ich in der ersten Sitzung 1 Stunde aus 8—10 *cm* Entfernung, am nächsten und an den folgenden Tagen $1^1/_2$—2 Stunden einwirken ließ.[11]) Zur Steigerung der schmerzstillenden Wirkung kann man dem Trichter der

[11]) In der Privatpraxis wird es zumeist möglich sein, die Lampe stundenlang einwirken zu lassen, wodurch der Heileffekt zweifellos gefördert wird. Die Entfernung des Trichters vom Ohre wäre bei solcher Dauerbelichtung etwas größer zu bemessen, etwa 15—20 *cm*.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Solluxlampe eine blaue resp. zur Erhöhung der resorbierenden Wirkung eine rote Glasscheibe vorschalten.[12])

Die schmerzstillende Wirkung kommt gewöhnlich schon bei der ersten Sitzung zur Geltung. Zuweilen ist sie geradezu verblüffend: die Patienten, die vorher stark gelitten haben, sind nach der Bestrahlung schmerzfrei und bleiben es stundenlang. Dieses Nachlassen der Schmerzen läßt sich durch leitende Wärme, etwa durch heiße Umschläge, nicht oder nicht in diesem Maße herbeiführen. Die überragende Wirkung des Lichtes dürfte auf besonderen aktinischen Einflüssen auf die Endorgane der sensiblen Nerven beruhen. Budde nimmt eine Ödemisierung des Gewebes an, wodurch die Leitungsfähigkeit der Nervenendigungen aufgehoben werden soll.

Kommt eine diffuse Gehörgangsentzündung frühzeitig unter den Einfluß des Lichts, so bildet sie sich in der Mehrzahl der Fälle ohne Abscedierung zurück. Auch beginnende Furunkel verschwinden zuweilen nach einigen Bestrahlungen, was man besonders häufig bei der für Patient und Arzt gleich unangenehmen Form der multiplen kleinen Furunkelknötchen beobachten kann. Ist es aber zur Bildung eines größeren Infiltrates gekommen, so beschleunigt das Licht zusehends Einschmelzung und Durchbruch und verhütet die Entstehung sekundärer Herde. Unter dem Einflusse der Bestrahlung klingt die Entzündung rascher als gewöhnlich ab, ohne Ekzeme oder sonstige Störungen zu hinterlassen.

Die Lichtbehandlung schließt natürlich die Anwendung anderer Heilmethoden, speziell die Incision vereiterter Infiltrate keineswegs aus, schränkt aber ihre Indikation wesentlich ein.

Das Ekzem des Gehörgangs wurde oben im Zusammenhang besprochen.

Die ausgezeichnete bakterientötende Wirkung des Quarzlichts kann auch bei der Behandlung der **Otomykosen** gute Dienste leisten. Bei einem Fall von Aspergillus flavus habe ich durch eine einzige Bestrahlung mit Quarzblaulicht (15 Minuten) eine Reinigung des Gehörgangs erzielt; nach 2 Tagen zeigten sich in der Tiefe frische Rasen, die durch 2 weitere Bestrahlungen definitiv beseitigt wurden. Das war die einzige Mykose des Gehörgangs, die mir zu Gesicht kam. Ein Urteil über die Leistungsfähigkeit der Lichtbehandlung läßt sich ohne weitere Versuche schon deshalb nicht bilden, weil nach dermatologischen Erfahrungen manche Schimmelarten sehr resistent sind und nur durch 10—15 Minuten dauernde

---

[12]) Solche Scheiben mit Steckrahmen werden jetzt jeder Solluxlampe beigegeben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bestrahlung mit Weißlicht abgetötet werden können; das wäre eine Lichtdosis, die im Gehörgange nicht ohne weiteres angewendet werden dürfte.

Sehr schöne Resultate hatte ich in 3 Fällen von chronischer ulzeröser **Myringitis,** unter denen sich einer befand, der durch einige Monate der lokalen Behandlung (Ätzung etc.) getrotzt hatte. Ich wendete weißes Quarzlicht an, beginnend mit einer Minute und bei jeder Sitzung um eine weitere Minute steigend. Die kleinen Ulcera schlossen sich nach 2—6 Sitzungen. Richtiger wäre es, das erste Mal eine starke Weißlichtdosis zu verabreichen und mit Blau nachzubehandeln, doch empfiehlt sich dieses Verfahren im Ohre nicht, weil die Lichtreaktion sehr heftige Schmerzen verursachen würde. Daher ist die einschleichende Methode vorteilhafter. Voraussetzung für die zweckentsprechende Belichtung des Trommelfells ist ein weiter, nicht über die Norm gekrümmter Gehörgang; enges Lumen, pathologische Vorwölbung oder Rigidität der Wände verhindern die Einführung bzw. richtige Einstellung des Quarzstabes, so daß der Lichtkegel nicht das Trommelfell, sondern die Gehörgangswand trifft. Es ist angezeigt, hinter dem Kopfhalter eine Lichtquelle anzubringen; man kann dann, das eigene Auge in der Höhe des zu behandelnden Ohres, dicht an der Quarzlampe haltend, am Quarzstift vorbei otoskopieren und, mit der linken Hand den Kopf des Patienten, mit der rechten die Lampe dirigierend, den Lichtkegel mit ziemlicher Sicherheit auf das Trommelfell richten.

(Schluß folgt.)

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 31. März 1919.

Vorsitz: G. Alexander.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

Der Vorsitzende überreicht V. Urbantschitsch die Festschrift mit folgenden Worten:

Hochverehrter Herr Hofrat! Vor Eingehen in die Tagesordnung beehre ich mich, namens des seinerzeitigen Komitees Ihnen den im Druck fertiggestellten Band der Festschrift zu überreichen, die wir zur Feier Ihres 70. Geburtstages veranstaltet haben. Wir waren leider seinerzeit nicht imstande, Ihnen das Buch zu übergeben, da die Drucklegung durch den Krieg sehr verzögert war. Wir wünschen Ihnen, Sie mögen fern von Amt und Bürden Ihren Ruhestand in vollster Gesundheit und Rüstigkeit noch lange genießen. Ich spreche im Namen aller Anwesenden, daß es uns besonders freut, Sie heute hier in unserer Mitte zu sehen.

V. Urbantschitsch dankt wärmstens für die erwiesene Ehrung.

Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

G. Alexander: Vor Eingehen in die wissenschaftliche Sitzung beehre ich mich als Präsident der Otologischen Gesellschaft den neuernannten Chef dieser Klinik, meinen lieben Kollegen Prof. Neumann herzlichst zu begrüßen und zu beglückwünschen. Die Otologische Gesellschaft ist stets in besonders innigen Beziehungen zu dieser Klinik gestanden, ja, sie hat von ihr ihren Ursprung genommen. Wir hoffen und wünschen, daß die Beziehungen der Otologischen Gesellschaft zur Ohrenklinik auch weiterhin die herzlichsten sein werden. Meinem lieben Freunde Neumann wünsche ich, er möge diese Klinik ruhmreich führen im Sinne der Männer, die vor ihm die Klinik als Vorstände geleitet haben. Im Namen der Otologischen Gesellschaft rufe ich Herrn Prof. Neumann ein herzliches Vivat, crescat, floreat zu.

H. Neumann dankt.

I. Ernst Urbantschitsch: **Vollständige quere Durchreißung der Ohrmuschel (Maschinverletzung). Operation. Heilung.**

Der 50jährige J. H. geriet am 22. XI. 1918 in eine Transmission, wodurch seine linke Ohrmuschel in der Höhe des äußeren Gehörgangs quer — bis in diesen hinein — durchrissen wurde. Trotzdem die Ohrmuschel mit einer dicken Schmutzkruste bedeckt war und eine profuse, anschließend an die Verletzung aufgetretene Otorrhoe bestand, versuchte ich nach möglichster Reinigung und Desinfektion der Ohrmuschel durch beiderseitige Knorpel- und Hautnaht die beiden Ohrmuschelteile zu vereinigen. Obwohl der starke eitrige Ausfluß aus dem Ohr durch viele Wochen anhielt, trat binnen 10 Tagen am weitaus größten Teil der genähten Ohrmuschel Heilung per primam auf, nur eine erbsengroße Stelle des Knorpels ungefähr in der Mitte granulierte einige Zeit, heilte aber auf Ätzungen mit der Lapisperle sowie auf Galvanokauterisierung schließlich ebenfalls, so daß Pat. nunmehr vollständig geheilt erscheint.

II. E. Fröschels: **Paraffininjektionen zur Verbesserung der Sprache.**

Das 8jährige Mädchen kam nach einer gut gelungenen Operation ihrer angeborenen Gaumenspalte durch Herrn Prof. Dr. H. Lorenz in das logopädische Ambulatorium der Klinik Neumann. Trotz des guten Operationsresultates war die Sprache des Kindes sehr näselnd, was daher kam, daß das Gaumensegel viel zu kurz war, um die hintere Rachenwand zu erreichen. Der Abstand zwischen beiden war, wenn das Velum gehoben war, 8 *mm*. Ich habe vor 2 Monaten Paraffininjektionen in die hintere Rachenwand ausgeführt und in der ersten Sitzung etwa 1 cm^3, in einer zweiten etwa $^3/_4$ cm^3 injiziert. Dadurch hat sich der Abstand auf etwa $1^1/_2$ *mm* verkleinert und auch diesen könnte ich noch beheben; doch dürfte es nicht notwendig sein, da das sprachliche Resultat, welches auf die Injektionen und systematische Artikulationsgymnastik folgte, ein recht gutes ist. Das Kind spricht verständlich und beherrscht schon alle Laute, obwohl es früher G und K überhaupt nicht, die Explosivlaute B, P, D und T so sprach, daß es mit der entsprechenden Mundstellung einen Glottisschlag verband. Das täuscht die Explosivlaute vor; doch ist der ewige Glottisschlag für die Stimme sehr schädlich. Auch die Laute F, W, S und Sch waren früher sehr mangelhaft, da ein Teil der Sprechluft durch die Nase entwich. Das Paraffin ist an Ort und Stelle verblieben. Mein ältester Fall liegt 6 Jahre zurück; auch hier ist der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erzeugte Vorsprung nicht zurückgegangen und auch sonst sind keine Komplikationen eingetreten, so daß die Methode sich sehr bewährt hat. Wichtig ist nur, daß man mit nach oben gekrümmter Nadel operiert und einen tiefen Stichkanal anlegt, damit sich das Paraffin nicht wieder herausschlängelt. Ich verwende Paraffin vom Schmelzpunkt 42°, wie dies F. Neumann empfohlen hat.

III. L. Stein: **Phonasthenie.**

22jähriges Mädchen (Gesangschülerin) von gesundem Aussehen, die vor 2½ Jahren singen zu lernen begonnen hat. Nach 1½ Jahren setzte sie anläßlich einer Verkühlung (Schnupfen und Husten) mit dem Singen aus, ohne daß die Stimme hierzu Veranlassung geboten hätte. Ihre Singstimme blieb in der Höhe und Mittellage immer klar und rein, nur beim Sprechen versagte ihr der Ton. Im Halse hatte sie das Gefühl eines Knödels und Kitzelempfindung; letztere verschwand nach dem Singen. Als Pat. zur Beobachtung kam, bot sie das Symptombild einer akuten Laryngitis. Die Heiserkeit bestand, wie erwähnt, bei den tiefen Tönen, also auch bei der Sprechstimme, welche sich bekanntlich in den tieferen Tonlagen bewegt. Das einzige laryngoskopische Symptom war eine leichte Parese der Schließer. Es handelt sich um eine Adduktorenschwäche, ein relativ häufiger Zustand, der in seinem Wesen eigentlich nicht aufgeklärt ist. Indes ist gerade die Erkenntnis dieser eigenartigen Erkrankungen insbesondere bei Sängern und Sprechern von höchster Bedeutung. Sie ist nur funktionell diagnostisch zu erlangen. Denn die reinen Formen der Stimmschwäche, unter die wir ja wohl diesen Fall einreihen dürfen, kommen ja selten zur Beobachtung. Meist tritt die Phonasthenie noch mit anderen Symptomen kompliziert in die Erscheinung: Rötung und Schwellung des Rachens, Verdickung der Seitenstränge und der hinteren Larynxwand, Auflockerung, graurote Verfärbung und Epithelabschilferung der Stimmlippen. Hierzu kommen noch die quälenden subjektiven Symptome des Hustenreizes, der Trockenheit, des Kitzelgefühls und Ähnliches. Diese Symptome dürften keineswegs unbedingt als bestimmend für die Diagnose Laryngitis im Sinne einer durch Infektion oder ähnliche Ursachen gesetzten Entzündung aufgefaßt werden, denn der Schluß, daß in vielen Fällen die eben erwähnten Symptome tatsächlich die Diagnose einer Laryngitis rechtfertigen, darf nicht generalisiert werden. Der Therapeut kann sich täuschen, wenn er glaubt, durch Verordnung von Schonung und sonstigen, teils allgemeinen, teils lokalen Maßnahmen seinen Pat. geheilt, d. h. seinem Beruf zurückgegeben zu haben, denn nach Ablauf der Zeit der Schonung kann das Übel wieder auftreten.

Weil wir durch eine funktionelle Therapie (mit Atemübungen) zahlreiche Resultate erzielt haben, wird Pat. vorgestellt und soll nach Ablauf der Therapie wieder vorgestellt werden.

Diskussion.

E. Fröschels: Es besteht ein Unterschied zwischen Singstimme und Sprechstimme. Diese hält sich gern in der Tiefe der Tonlage des betreffenden Menschen auf. In der Tiefe ist Pat. heiser, in der Höhe nicht. Bei der Laryngoskopie sieht man auch in der Bruststimme ein leichtes Offenbleiben der Glottis, in der Höhe ist das etwas Physiologisches. Ich habe eine ziemliche Anzahl von Fällen mit einer gewissen Schwäche der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Glottisschließer gesehen. Es liegt also hier ein Mechanismus vor, der einen guten Klang ergibt, und es dürfte sich wahrscheinlich herausstellen, daß eine leichte Adduktorenparese lediglich eine Heiserkeit in der Tiefe, nicht aber in der Höhe macht. Das ist auch bei dieser Pat. der Fall. Diesen Symptomenkomplex habe ich bei einer ganzen Reihe von leichten Adduktorenparesen beobachtet.

Prof. Fein meint, daß die Behandlung der Stimmstörungen bei akuter Laryngitis durch Stimmübungen gewiß sehr empfehlenswert sei, daß aber die Behandlung mit Pinselungen oder anderen mechanischen Manipulationen auch von den Fachärzten seit jeher verurteilt werde. Der Larynx bedarf vor allem anderen der Ruhe und muß von jeder Art von Irritation ferngehalten werden. Ferner ist Fein der Anschauung, daß bei allen funktionellen Stimmstörungen der Sänger der Ausfall sich zunächst in der tieferen und der Mittellage und erst später in der Höhe zu erkennen gebe. Dieser Umstand ist nicht das Zeichen einer bestimmten Störung.

Fröschels: Die letzte Bemerkung kann ich nicht akzeptieren. Es ist ein bekannter Satz, dem man erst prinzipiell widersprechen müßte, daß der phonasthenische Baß in der Tiefe, der phonasthenische Tenor in der Höhe zuerst erkrankt (Flatau). Die Phonasthenie ist eine Funktionsstörung, die dort zuerst angreift, wo die größte Kunst des Sängers liegt (Baß in der Tiefe, Tenor in der Höhe).

Stein: Ich möchte darauf hinweisen, daß es sich anscheinend hier um ein Mißverständnis gehandelt hat. Ich habe die Pat. vorgestellt, weil die meisten Fälle als akute Laryngitis behandelt werden, während ich glaube, daß viele Fälle keine Laryngitis haben, sondern funktionell erkrankt sind.

IV. Fischer: **Kleinhirnerweichungsprozeß.**

Der 64jährige Pat., der mit Ausnahme einer vor 6 Jahren erlittenen Nierenquetschung angeblich stets gesund gewesen war, klagt seit ungefähr 10 Monaten über ein Gefühl der Unsicherheit beim Gehen; der ganze Körper wird ihm zu schwer, es zieht ihn mächtig zu Boden. Ferner klagt er über heftigen Schwindel, namentlich wenn er nach abwärts oder nach aufwärts blickt; er beschreibt jedoch diesen Schwindel nicht als Drehschwindel. Wegen seines Ohrenleidens stand er bereits vor vielen Jahren auf der Klinik in Behandlung, und zwar gibt er an, daß es sich damals um einen beiderseitigen Mittelohrkatarrh gehandelt hätte. Vor ungefähr einem Jahre habe er im Anschluß an eine Verkühlung eine linksseitige Mittelohrentzündung akquiriert und seit dieser Zeit glaubt er links völlig taub zu sein. Derzeit bestehen noch subjektive Geräusche. Familienanamnese belanglos. Potus und venerische Affektion werden negiert.

Nervenbefund (Prof. Karplus): Übermittelgroß, entsprechender Ernährungszustand, entsprechende Muskulatur. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels. Pupillen mittelweit, r. Spur > l., etwas verzogen, reagieren auf L. und A. Augenbewegungen frei. In den Endstellungen der Bulbi Nystagmus beim Blick nach l. > r. Linker Facialis Spur < r. (?), bei mimischen Bewegungen sich ausgleichend. Hirnnerven frei. Corneal-Rachenreflexe normal. O. E. aktiv und passiv frei. Reflexe +. Kein Tremor, keine Ataxie. U. E. aktiv und passiv frei. P. S. R. +, mäßig lebhaft.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

A. S. R. +. Kein Babinski. Pl. R. + bds. Bd. R. +. Cr. R. +. Keine Sensibilitätsstörungen. Romberg +. Gang cerebellar, ataktisch. Bárány negativ.

Urin: Albumen 0, Saccharum 0.

Oto-rhino-laryngologischer Befund: R. O.: Atrophische Narbe, sonst reaktionslos. L. O.: Trommelfell getrübt, verdickt, narbig verändert. Nasenrachenbefund negativ.

Kopfknochenleitung beiderseits verkürzt. Obere Tongrenze rechts herabgesetzt, untere heraufgerückt. Stenger positiv. Auropalpebraler Reflex rechts auslösbar, links nicht.

Spontannystagmus I. Grades in den Endstellungen der Bulbi sowohl beim Blick nach rechts als auch nach links (vertikal kleinschlägig, frequent und zeitweilig aussetzend). In Romberg-Stellung Fallen nach links hinten. Bei Kopfwendung nach rechts um 90° Fallen nach vorne. Breitspuriger cerebellar-ataktischer Gang, Flankengang ist nicht möglich, kein spontanes Vorbeizeigen. Keine Adiodochokinese.

Asynergie: Beim Beugen des Körpers nach hinten werden bloß die Knie gebeugt. Beim Gehen streben die Beine nach vorne, der Körper bleibt zurück. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels, Temperatur 36,5°, Puls 72.

Kalorisch: Rechts erregbar, links unerregbar. Drehung: Bei Reizung des rechten Ohres für alle 3 Bogengänge annähernd normale Werte. Bei Reizung des linken bloß einige nyktatische Zuckungen.

Augenbefund: Beiderseits kleine weiße Herde mit ganz schwacher Arterienpulsation, jedoch zeigt der Fundus nichts, das für einen Prozeß im Gehirn irgendwie verwertbar wäre. Wassermann negativ. Röntgenbefund (Schädel) ohne Besonderheiten.

In diesem Falle muß vor allem betont werden, daß zwischen der Erkrankung im Kleinhirn einerseits und zwischen der linksseitigen Ertaubung und vestibularen Unerregbarkeit andrerseits ein ursächlicher Zusammenhang nicht besteht. Im ersten Moment käme man leicht in Versuchung, mit Rücksicht auf die cerebellare Ataxie, die Koordinationsstörung, die Asynergie, den Schwindel, den Nystagmus, die Läsion des Cochlearis und Vestibularis sowie die partielle gekreuzte Cochlearaffektion und des, wenn auch nur in Spuren angedeuteten Facialis an einen Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel zu denken. Gegen diese Annahme würde natürlich sprechen das Fehlen der Tumorsymptome, so vor allem der Stauungspapille, da wir ja wissen, daß dieses Symptom namentlich bei Tumoren der hinteren Schädelgrube sehr häufig, und zwar sehr frühzeitig auftritt, ferner das Fehlen des rasenden Hinterhauptschmerzes, der Klopfempfindlichkeit des Schädels, das Fehlen des spontanen Vorbeizeigens, der Adiodochokinese, der negative Röntgenbefund, der normale Puls und der ganze Eindruck des Pat. Vielmehr ist die Annahme berechtigt, daß die Gleichgewichtsstörungen und Koordinationsstörungen, die cerebellar bedingt sind, auf einen beide Kleinhirnhemisphären und den Wurm einbeziehenden Krankheitsprozeß, wahrscheinlich Erweichungsprozeß, hinweisen. Die Erscheinungen von seiten des Ohres sind peripheren Ursprungs, und zwar handelt es sich um eine beiderseitige chronisch-adhäsive Mittelohrentzündung mit sekundärer Atrophie des Innenohres und stark herabgesetzter Hörschärfe rechts und mit Taubheit und erloschener Vestibulariserregbar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keit links. Der zeitweise nachweisbare vertikale, kleinschlägige, frequente Spontannystagmus ist sicherlich nicht labyrinthär.

Diskussion.

J. Braun: Ich habe den Fall 1917 und 1918 wiederholt beobachtet und dasselbe gefunden, so daß ich auch damals zu keiner sicheren Diagnose kommen konnte.

R. Leidler: Wie stellt sich Herr Fischer den vertikalen Nystagmus vor bei einem Prozeß, der bloß im Kleinhirn sitzen soll? Der vertikale Nystagmus wird doch vor dem Abducenskern ausgelöst. Es ist möglich, daß ein Tumor im Kleinhirn ihn erzeugt, ein Erweichungsherd dort kann aber wohl schwerlich einen solchen Druck ausüben, daß von dort aus ein vertikaler Nystagmus erzeugt wird. Ich glaube, daß der vertikale Nystagmus nicht von einem Prozeß erzeugt wird, der den Raum der hinteren Schädelgrube nicht einschränkt.

V. Fischer: **Fistelsymptom bei Hutchinsonscher Trias.**

E. K., 13 Jahre. Eltern geben an, immer gesund gewesen zu sein. Mutter hat einmal abortiert. Ein Bruder des Pat. vollkommen gesund. Kinderkrankheiten: Masern, Schafblattern, Keuchhusten. Vor 6 Jahren Hornhautentzündung, vor 2 Jahren traten das erste Mal Beschwerden von Seite des Ohres auf. Er klagte über schlechteres Hören beiderseits und über Sausen. Schwindel will er nie gehabt haben. Innerhalb eines Jahres verschlechterte sich das Hörvermögen derart, daß Pat. fast völlig taub wurde. Vor 6 Jahren anläßlich der Augenerkrankung erhielt Pat. eine Salvarsan- und mehrere Quecksilberinjektionen. Vor 2 Jahren bekam er abermals eine Salvarsan- und eine Serie Quecksilberinjektionen. Sechs Monate später traten die Hörverschlechterung und das Ohrensausen auf. Pat. wurde deswegen auf der Klinik elektrisiert.

Status praesens: Trommelfell eingezogen, atrophische Narben. R. V. ad concham, l. 0, bei maximalem Anschlag c^4 — 0. Kopfknochen hochgradig verkürzt, fast völlig erloschen.

Auropalpebraler Reflex rechts auslösbar, links nicht auslösbar. In der Romberg-Stellung mäßiges Schwanken. Gleichgewichtsstörungen. Spontannystagmus in den Endstellungen der Bulbi. Beide Labyrinthe durch Drehung nicht erregbar. Kalorisch rechts einige nyktatische Zuckungen bei Kaltwasserspülung. Links unerregbar. Fistelsymptom rechts auslösbar (Aspiration), links nicht auslösbar. Narben nach Keratitis parenchymatosa. Hutchinson-Zähne. Wassermann positiv.

Ich habe mir erlaubt, den Fall deshalb zu demonstrieren, weil erstens das Fistelsymptom auf der Seite, auf welcher Hörreste vorhanden sind, sich deutlich auslösen läßt und weil man ferner sieht, wie die kalorische Reaktion den adäquaten Reiz für die Drehung überdauert und weil endlich die ganze Hutchinsonsche Trias sehr schön ausgeprägt erscheint.

VI. O. Beck: **Vestibularbefund bei hereditärer Lues.**

Die 17jährige Pat. hörte seit ihrer Kindheit sehr schlecht. Sie zeigt außer den typischen Augenveränderungen Hutchinsonsche Zähne. Sie war erst wegen des Augenleidens und später wegen der Schwerhörigkeit mehrere Male mit Hg und Salvarsan behandelt worden. Seit Dezember 1918 nahm das Gehör ohne eine der Pat. bekannte Ursache derart ab, daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 15:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit ihr jetzt nur eine Verständigung durch sehr lautes Schreien möglich ist. Gleichgewichtsstörungen sollen niemals bestanden haben.

Ohrbefund: Beiderseits leicht getrübtes Trommelfell. R. O.: Schallempfindung. L. O.: Konv.-Spr. 15 *cm*, Fl.-Spr. 0. Die Herabsetzung des Gehörs entspricht einer Laesio auris internae. Kein spontaner Ny., kein Romberg. Gang mit geschlossenen Augen sicher. Spontane Zeigeversuche normal. Kalorisch rechts (mit kaltem und 46grädigem Wasser): Auch bei längerer Spülung kein Nystagmus auslösbar. Kalorisch links: Nach langer Spülung mit ganz kaltem Wasser sind vereinzelte Nystagmusschläge zu beobachten, ebenso bei Spülung mit 46grädigem Wasser. Drehstuhl: Für alle 6 Bogengänge besteht komplette Ausschaltung.

Es handelt sich also bei dieser Pat. um hereditär-luetische Veränderungen im inneren Ohr, und zwar derart, daß auf dem rechten Ohr nur Schallempfindung, auf dem linken Ohr eine Hörweite für 15 *cm* sehr laute Konv.-Spr. besteht. Alle 6 Bogengänge sind für Drehreize ausgeschaltet, dagegen ist aber auf dem linken Ohr kalorisch noch eine sehr schwache Reaktion auszulösen. Während der Kalorisierung ist ein Vorbeizeigen der Arme im Sinne der langsamen Nystagmuskomponente nicht festzustellen, was wohl damit zu erklären ist, daß die Labyrinthreaktion eine derart schwache ist, daß keine Zeigebewegungen ausgelöst werden können. Es ist also merkwürdig bei dieser Pat., daß trotz der Ausschaltung für Drehreize auf dem linken Ohr noch eine schwache kalorische Reaktion zu provozieren ist. — Ohne auf die verschiedenen Theorien und Ansichten über die Reizstärke der einzelnen Reizungsmöglichkeiten des Vestibularapparates näher eingehen zu wollen, zeigt dieser Fall, daß bei hochgradiger Schädigung der nervösen Elemente und bei intaktem lymphokinetischen Apparat thermische Reaktion noch auszulösen ist, wenn die Drehreaktion keinen Nystagmus mehr ergibt.

Ich möchte noch kurz bemerken, daß ich bei einer größeren Versuchsreihe von hereditär-luetischen Pat. therapeutische Versuche mit Tuberkulin anstelle, über die ich später berichten werde.

VII. Fremel: **Totale Ausschaltung beider Labyrinthe mit linksseitiger Facialis- und Abducenslähmung durch Schädeltrauma.**

Der 17jährige junge Mann verunglückte vor 10 Wochen, indem beim Verladen von Baumstämmen ein Baumstamm vom Wagen herunterkollerte und ihn am Kopf traf. Pat. war durch wenige Minuten bewußtlos, blutete aus der Nase, wurde nach Hause getragen und erbrach noch am selben Abend. Sofort nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit hatte er ein schiefes Gesicht und war vollständig taub. In den nächsten Tagen ging Pat. bereits herum und hatte, wie er angibt, nur wenig Gleichgewichtsstörungen. Jetzt zeigt Pat. normale Trommelfelle, eine komplette Taubheit beiderseits, beide Vestibularapparate sind für Dreh- und kalorische Reize ausgeschaltet. Der Röntgenbefund ist negativ. Bei genauer Untersuchung zeigt Pat. geringe Gleichgewichtsstörungen.

VIII. M. Rauch: **Kleinhirnerkrankung bei negativem Ohrbefund.**

Dieser 17jährige Pat. klagt über Sausen im rechten Ohr. Er gibt auch über Befragen an, daß er früh beim Aufstehen öfters Kopfschmerzen von unbedeutender Intensität empfinde, mitunter auch Nackenschmerzen; selten einen leichten Schwindel ohne bestimmten Charakter; keine Übelkeiten, kein Erbrechen. Über diese Symptome hat Pat. spontan keine

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klage geführt — erst über Befragen, wie bereits erwähnt, sich darüber geäußert —; er suche einzig und allein Hilfe wegen seines Ohrensausens, das ihn seit zirka 6 Monaten belästige.

Was am Pat. auffällt, sind seine inkoordinierten, unzweckmäßigen Bewegungen der Extremitäten beim Gehen, die als cerebellare Ataxie imponieren, und eine eingehendere Untersuchung seines Nervensystems sowie des Augenhintergrundes herausforderte.

Zunächst der Ohrenbefund: Trommelfelle beiderseits normal. Keine nachweisbare Erkrankung des Mittelohres. Hörvermögen beiderseits für Konv.- und Fl.-Spr.: Zimmerweite. Cochlearis intakt. Die kalorische und mechanische Reizung des Vestibularis ergibt vollständig normale Verhältnisse. Auffallend ist höchstens das Mißverhältnis zwischen dem überaus rasch und heftig auftretenden Nystagmus bei der kalorischen und Drehprüfung einerseits und den äußerst geringen subjektiven Symptomen andrerseits. Nach Reizung des Vestibularis beiderseits typische Fallbewegung sowie typisches Vorbeizeigen.

Der neurologische Befund (Klinik Wagner) lautet: Ataxie der rechten O. E. und U. E. Cornealreflex rechts fehlend. Adiodochokinese der rechten O. E. Babinski und Oppenheim 0. Reflex der U. E. und O. E. vorhanden, ebenso B. D. R. Bei Prüfung von Romberg Fallen nach links, Stehen am rechten Beine nicht möglich.

Diagnose: Kleinhirnprozeß.

Augenuntersuchung (I. Augenklinik): Beiderseits Stauungspapille mit feinen Blutungen; links Exsudationsflecke. — Röntgenbefund negativ. Wassermann negativ.

Dieser Fall ist aus folgendem Grunde interessant: Obwohl die Diagnose eines Kleinhirnprozesses den Weg über die Ohrenuntersuchung nahm, wurde otologisch eigentlich nichts gefunden. Es ist nicht nur der Cochlearis und Vestibularis vollständig intakt, sondern auch das Vorbeizeigen erfolgt nach Reizung des Vestibularis in ganz typischer Weise.

Diskussion.

Leidler: Es ist interessant, daß wir das Ohrensausen in einem Falle beobachten, in dem funktionell weiter nichts zu finden ist. Es wäre nicht ausgeschlossen, daß bei solchen Fällen das Ohrensausen einer Stauungspapille in Parallele zu stellen und als ein Druckphänomen aufzufassen wäre, ein Ödem, das aber noch nicht so stark ist, daß wir eine Herabsetzung des Gehörs finden.

E. Ruttin: Ich erinnere mich eines Falles, wo nur Ohrensausen und sonst negativer Befund bestand und nach 2—3 Jahren ein Kleinhirntumor gefunden wurde.

IX. Rauch: **Meningitis luetica, Facialisparese, Otitis med. supp. chronica.**

Anfangs Februar d. J. wurde Pat. wegen chronischer Mittelohreiterung und Facialisparese an die Klinik gewiesen. Anamnestisch läßt sich feststellen, daß er wiederholt an Ohrenfluß gelitten, der gewöhnlich nach 2—4wöchiger Behandlung jeweils aufhörte. Am 8. I. 1919 trat nach vorhergegangenen Schmerzen neuerdings ein Ohrenfluß rechts auf und 12 Tage später bemerkte er, daß die rechte Gesichtshälfte steif geworden und daß er am anderen, bis dahin völlig gesunden linken Ohr ertaubt sei. Während der ganzen Zeit der neuerlichen Rezidive hatte er fast ununterbrochen die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heftigsten Kopfschmerzen. Die Richtigkeit dieser Angaben veranlaßte uns auf Lues zu requirieren und da stellte sich heraus, daß Pat. im Juli 1918 eine hartnäckige Schwellung am rechten Mittelfinger bemerkte, die auf der Klinik Riehl als luetische Affektion erkannt und entsprechend behandelt wurde.

Die nunmehr vorgenommene Ohruntersuchung ergab: R.: Gehörgang verengt, die Haut ekzematös, schuppend, feucht — das Bild nässender Papeln im Gehörgang —, Trommelfell in toto gerötet und geschwollen, Details verwischt. In der Shrapnellschen Membran vorne oben eine feine Fistel, durch die man mit der Sonde in den Kuppelraum gelangt. Hörvermögen ergibt Zimmerweite für Konv.- und Fl.-Spr. Kein Spontannystagmus. Kalorischer Nystagmus nicht auslösbar; dagegen ergibt der Drehreiz bei aufrechtem Kopf (die beiden anderen Bogengänge wurden leider nicht geprüft) zirka 15 deutliche Schläge bei deutlichem Vorbeizeigen und typischer Fallbewegung bei Romberg. Facialislähmung in allen 3 Ästen. L.: Trommelfell normal. Vollständige Taubheit. Vestibularisbefund ganz der gleiche wie rechts.

Die serologische Untersuchung (Klinik Wagner) ergibt: Wassermann positiv, sowohl Serum als auch Liquor. Globulinreaktion 1:1, milchtrüb. Globulinreaktion bei 5facher Verdünnung: trüb, Lymphocyten 578, polynukleäre Leukocyten 56, Gesamteiweiß Nissl 2,0, wasserklar ohne Gerinnsel.

Dieser Befund ließ für die Ätiologie der Facialisparese nunmehr auch die Auslegung zu, daß dieselbe durch die luetische Meningitis induziert sei. Zunächst wurde eine antiluetische Kur eingeleitet, 3 Hg- und 1 Salvarsaninjektion wöchentlich, gleich am 6. II. beginnend (Klinik Wagner), und noch dauernd fortgesetzt (mit Ausnahme einer Unterbrechung von 7 Tagen wegen Hämaturie).

Die Untersuchung am 25. II. ergab: R.: Otitis fortbestehend, Facialisparese geringer; Vestibularis kalorisch träge, aber deutlich reagierend, Drehnystagmus wie oben. L.: Taub. Vestibularis kalorisch träge, aber deutlich reagierend, Drehnystagmus wie oben. Keine Kopfschmerzen mehr. Pat. wurde von 8 zu 8 Tagen untersucht und bis auf den Cochlearis links eine stets fortschreitende Besserung konstatiert, so zwar, daß heute die Facialisparese vollständig zurückgegangen ist und der Vestibularis beiderseits sich vollständig erholt hat. Die Schädigung des Cochlearis erweist sich auch hier wie gewöhnlich als irreparabel.

Der Fall ist zunächst interessant wegen der Lokalisation der nässenden Papeln im äußeren Gehörgang, der durch die Otitis in einen Reizzustand versetzt, der Bildung der Papeln Vorschub leistete. Ferner durch die für unser therapeutisches Handeln richtige Konstatierung der Ätiologie der Facialisparese und schließlich durch den zytologischen Befund, der eine schwere luetische Meningitis aufdeckte. Auch in diesem Falle sehen wir wie in dem letzthin von Beck vorgestellten, daß der positive Ausfall des Liquorbefundes prognostisch günstig zu bewerten ist.

X. Bénesi: **Otitis media supp. chron. d. Cholesteatom. Thrombosis sinus sigmoidei, bulbi et venae jugularis. Heilung.**

5. II. 1919. 22jähriger Pat. leidet seit Kindheit an Ohrenfluß beiderseits. Vor 2 Jahren wurde er links radikal operiert. Rechtes Ohr wurde weiterhin konservativ behandelt, wobei mehrmals Polypen entfernt wurden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Niemals Kopfschmerzen, Schwindel oder Erbrechen. Seit 3 Tagen Stirnkopfschmerzen, leichtes Schwindelgefühl, leichte Temperatursteigerungen; gestern nach Nahrungsaufnahme Erbrechen. Nachmittags Temperatur über 40°, Frösteln. Heute starke Stirnkopfschmerzen, Temperatur 38,5°. Dabei Hörvermögen rechts schlechter als links, während Pat. bis dahin ausschließlich das rechte Ohr zum Hören verwendete.

Status vom 5. II. 1/2 11 Uhr nachts: Leichte Cyanose des Gesichts. Haut-Sehnenreflexe normal, kein Kernig, Pupillen prompt reagierend; Kopf frei beweglich mit geringer Empfindlichkeit in den unteren Halswirbeln. Zunge belegt, trocken. Temperatur 39,7°, Puls 120. Über dem rechten Warzenfortsatz Ödem der Weichteile in der Höhe des Antrums bis in die Mitte des Warzenfortsatzes reichend, Haut darüber gerötet; Druckempfindlichkeit; Spitze frei. Rechter Gehörgang stark verengt, in der Tiefe fötider Eiter; Details nicht sichtbar. Druckempfindlichkeit am vorderen Rand des Musc. sternocleidomast. Links ausgeheilte Radikaloperationshöhle.

Die Radikaloperation (Bénesi) wurde sofort vorgenommen und dabei ein Cholesteatom, welches, aus dem Zentrum birnförmig vorwachsend, den Knochen bis zur Dura der mittleren Schädelgrube und an den Sinus destruiert hat, in toto entfernt. (Demonstration des nußgroßen Cholesteatoms.) Am horizontalen Bogengang eine Arrosion. Dura in Talergröße freigelegt, ist verdickt und gespannt. Sinus schwartig verdickt, nicht elastisch.

II. Jugularisausschaltung. Die Jugularis wird zwischen den vorher angelegten Ligaturen incidiert und zeigt sich von einer rahmigen, dunkelroten Masse erfüllt; beim Weiterpräparieren gelingt es nicht, bis zu einer bluthaltigen Stelle vorzudringen, insbesondere da Pat. die Narkose schlecht verträgt und nur oberflächlich atmet. Die Halswunde wird — ohne daß die Jugularis durchtrennt worden wäre — bis auf den oberen Wundwinkel verschlossen. Beendigung der Operation am Sinus, der am oberen Knie normales Aussehen zeigt; nach abwärts ist der Sinus bis in den Bulbus thrombosiert. Entfernung des Thrombus so weit nach abwärts als möglich, hierauf kommt es von oben zu starker Blutung. (Demonstration des Thrombus.) Tamponade unter Zügelnaht.

In den ersten Tagen nach der Operation intermittierendes Fieber (bis 38,6°), Hörvermögen $V = 1\,m$; keine Symptome von den Meningen; Lumbalpunktat klar.

10. II. Schmerzen in der rechten Glutäalgegend.

12. II. 38,6°. Eröffnung eines Abscesses in der rechten Glutäalmuskulatur und Entleerung von massenhaft dünnflüssigem Eiter.

Von da an normale Temperatur, allgemeines Wohlbefinden. Operationswunde am Ohr rein granulierend. Derzeit ist die Wunde hinter dem Ohr ausgeheilt, das Mittelohr mäßig sezernierend; Pat. steht in ambulatorischer Behandlung.

Der Fall ist wegen des günstigen Ausganges, trotzdem es nicht gelang, das Ende des Thrombus in der Vena jugularis zu erreichen, interessant. Es mußte wegen des schlechten Allgemeinbefindens des Pat. von einer weiteren Verfolgung nach abwärts Abstand genommen werden. Ich hegte die Hoffnung, daß der Thrombus an den Enden keimfrei sei und der Enderfolg hat diese Annahme bestätigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XI. Béneši: **Kompressions- und Aspirationsnystagmus (Fistelsymptom) bei akquirierter Lues bei sonst intaktem Mittel- und Innenohr.**

32jähriger Pat. hat als Kind häufig Mittelohreiterungen durchgemacht. Im Jahre 1911 akquirierte er Lues und wurde gleich mit Salvarsan und später mit Quecksilberinjektionen behandelt. Nie Schwindel, häufig Schläfenkopfschmerzen und Kreuzschmerzen. Wassermann negativ.

Befund: v beiderseits zirka 9 *m*, W nicht lateral; S beiderseits etwas verkürzt. R +, C etwas verkürzt, c^4 normal. Spontannystagmus nach beiden Seiten bei extremer Blickrichtung horizontal mit gleichen Komponenten sehr grobschlägig (kongenital). Vestibularis auf Drehung und kalorisch beiderseits gleich und normal erregbar. Bei der mechanischen Prüfung zeigt Pat. beiderseits deutliches Fistelsymptom. Während bei der Heredolues das Fistelsymptom häufig beobachtet wird, ist dieses Symptom bei akquirierter Lues selten zur Beobachtung gekommen (Alexander, Beck, Buys, Hennebert). Als Erklärung nimmt Alexander eine Verschiebung der Reizschwelle an, wodurch trotz Fehlens einer Fistel das Fistelsymptom auslösbar wird.

XII. S. Gatscher: **Fistelsymptom, Facialisparese. Radikaloperation. Heilung.**

Pat., der seit der Kindheit links an Mittelohrentzündung leidet, wurde Mitte Jänner 1919 wegen eines akuten Nachschubes auf die Klinik aufgenommen. Es bestand Schwindel, Kopfschmerzen, ein äußerst lebhaftes Fistelsymptom vom geraden Typus, totale Facialisparese, am kranken Ohr Gehör für laute Konv.-Spr. Im Laufe der nächsten Zeit verschwand das Fistelsymptom vollständig, es stellte sich die früher nicht vorhandene kalorische Erregbarkeit ein, das Gehör besserte sich auf 1 *m* Fl.-Spr.

Bei der Operation fand ich ein Cholesteatom. Der Knochen zeigte ein akutes Exacerbationsstadium (Hyperämie, Weichheit). Am Bogengang eine Fistel. Die hintere Gehörgangswand tief unterminiert. Radikaloperation. Afebriler postoperativer Verlauf. Zirka 14 Tage nachher beginnt die Facialisparese zurückzugehen und ist heute fast vollständig geschwunden. Ich erlaube mir, den Fall wegen des interessanten Verlaufes (seröse Labyrinthitis) sowie wegen der geheilten Facialisparese (Perineuritis) vorzustellen. Vor 2 Jahren habe ich hier über einen analogen Fall berichtet.

XIII. S. Gatscher: **Hirnabsceß und Status hypoplasticus.**

Pat. wurde von mir am 17. I. 1919 wegen Cholesteatom radikal operiert, 12 Tage später wurde ein rechtsseitiger Schläfelappenabsceß manifest und von mir operiert. Wegen der Kombination mit der Konstitutionsanomalie vorgestellt. (Erscheint ausführlich in dieser Monatsschrift.)

XIV. O. Beck: **Plötzlich aufgetretene beiderseitige Ertaubung und Vestibularausschaltung bei hereditärer Syphilis.**

Die 4½jährige Pat. war bis vor 7 Monaten vollständig gesund. Ihr Vater hatte im Jahre 1911 Syphilis akquiriert, soll angeblich von seiner Lues nichts gewußt haben und hat, ohne antiluetisch behandelt worden zu sein, das demonstrierte Kind gezeugt. Vor 7 Monaten begannen Erscheinungen an den Augen, die, als Keratitis parenchymatosa diagnostiziert, entsprechend behandelt wurden. Das Kind machte 3 Schmierkuren mit und erhielt intern Jod. Vor 7 Wochen bemerkten die Eltern eine Abnahme des Gehörs, jedoch war eine Verständigung mit dem Kind ohne

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiteres möglich und die Herabsetzung des Gehörs war so gering, daß die Eltern deshalb keinen Arzt zu Rate zogen. Vor 4 Wochen erwachte das Kind in der Früh und die Eltern bemerkten, daß es komplett taub war. Seit dieser Zeit besteht die Taubheit unverändert weiter. Ich beobachte die Pat. seit 3 Wochen und konnte bei mehreren Untersuchungen folgenden Befund erheben: Kleine Tonsillen beiderseits, mäßige adenoide Vegetationen. Trommelfell und Mittelohr beiderseits normal. Auf beiden Ohren besteht komplette Taubheit. Kein spontaner Nystagmus, keine Gleichgewichtsstörungen. Kalorisch rechts: bei Spülung mit kaltem Wasser, ebenso mit 46grädigem Wasser ist kein Nystagmus auszulösen, auch kein Schwindel. Kalorisch links: analoger Befund. Die Untersuchung auf dem Drehstuhl ergibt eine komplette Ausschaltung für alle 6 Bogengänge.

Ich habe mir erlaubt, den Fall deshalb zu demonstrieren, weil derartige apoplektiform auftretende Fälle von beiderseitiger Taubheit bei hereditärer Lues immerhin zu den Seltenheiten gehören und zweitens weil bei diesem Fall auch gleichzeitig eine genaue Vestibularprüfung vorgenommen wurde. Die genaue Anamnese hat ergeben, daß auch am Tage der Ertaubung keine wie immer gearteten Gleichgewichtsstörungen bestanden haben und daß das Kind sich wie sonst benommen haben soll. Die Eltern haben beim Spielen und Herumlaufen des Kindes an ihm keine Störungen im Gleichgewicht bemerkt. Es handelt sich daher um eine symptomlose Ausschaltung beider Vestibularapparate, ein Ereignis, das man bei Lues zuweilen beobachten kann. Die Symptomlosigkeit der beiderseitigen Ausschaltung wird um so weniger erstaunlich sein, da selbst einseitige symptomlose Vestibularausschaltungen bei Lues von verschiedenen Autoren, so auch von mir, beobachtet wurden.

XV. O. Beck: **Beiderseitige Cochlearaffektion nach Neosalvarsan ohne Lues.**

Der 31jährige Bauer wurde am 17. II. auf die interne Abteilung aufgenommen. Seine Eltern leben und sind gesund, ebenso 9 Geschwister. Keine Kinderkrankheiten; bis zur jetzigen Krankheit immer gesund gewesen. Der Pat. ist aus russischer Kriegsgefangenschaft zurückgekehrt und erkrankte vor 6 Tagen mit hohem Fieber, Schüttelfrost, Schwere in den Gliedern, kein Husten, kein Appetit. Bei der Aufnahme besteht Husten, Seitenstechen, starker Kopfschmerz. Lues negiert. Kein Potus. Mittelgroßer, mäßig gut genährter Pat. Pupillen mittelweit, die rechte vielleicht etwas größer als die linke. Reaktion auf Licht und Akkommodation prompt. Mundschleimhaut trocken, Zunge belegt und trocken. Lungenbefund normal. Spitzenstoß im 5. Intercostalraum, Grenzen normal, an der Spitze ein leises systolisches Geräusch. Die Leber reicht 3 *cm* unter den Rippenbogen. Milz vergrößert, rund.

26. II. Im Blut werden Recurrensspirochäten nachgewiesen.

27. II. Fieberfrei.

28. II. Temperaturanstieg bis 40.2°, soporös. Neosalvarsan 0.9 intravenös.

3. III. Starke Rötung des Gaumens, zwei herpesartige Efflorescenzen an der Oberlippe.

8. III. Pat. klagt über beiderseitige sehr starke Schwerhörigkeit. Ohrbefund: Trommelfell und Mittelohr beiderseits normal. Gehör:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

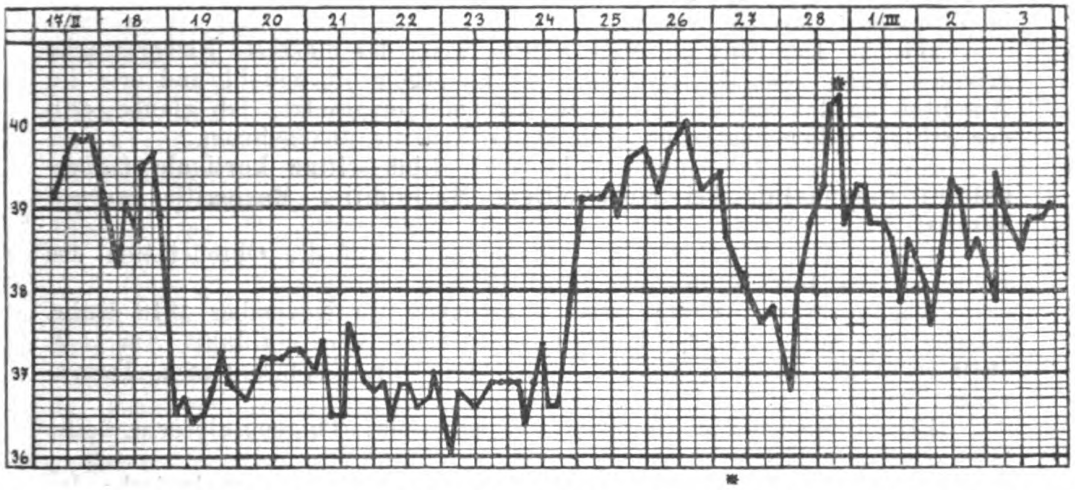
R. O.: Konv.-Spr. 10 *cm*, Fl.-Spr. 0. L. O.: Laute Konv.-Spr. 15 *cm*, Fl.-Spr. 0. Die Schwerhörigkeit entspricht einer typischen Laesio auris internae. Minimaler zentraler Nystagmus bei Linksblick in Endstellung der Augen, jedoch inkonstant. In den übrigen Blickrichtungen kein Nystagmus. Spontaner Zeigeversuch typisch. Labyrinthreaktion beiderseits normal.

12. III. Gehör beiderseits Konv.-Spr. 3 *m*, Fl.-Spr. 1 *m*.

16. III. Auf beiden Ohren besteht normales Gehör für Sprache und Stimmgabeluntersuchung.

In der letzten Sitzung habe ich mir erlaubt, einen Fall vorzustellen, bei dem im Anschluß an eine wegen Malaria verabreichte intravenöse

Fig. 1.



Salvarsaninjektion Cochlear- und Vestibularerscheinungen aufgetreten sind bei einem Kranken, bei dem alle klinischen Untersuchungen gegen das Vorhandensein einer Lues gesprochen haben. Auch bei diesem Fall besteht anamnestisch und durch alle einschlägigen Untersuchungen kein Anhaltspunkt für eine Lues. Dagegen wurde Recurrens während des Anfalles im Blute nachgewiesen. Während einer Fieberattacke wurde auf der Höhe des Fiebers (siehe Temperaturtabelle) 0,9 Neosalvarsan injiziert. Nach dieser Injektion ist das Fieber nicht wie gewöhnlich gefallen, sondern es bestanden noch durch einige Tage hohe Temperaturen, was sich durch das Vorhandensein von pneumonischen Herden erklärte.

Während des Fiebers war die Schwerhörigkeit vom Internisten nicht einwandfrei festgestellt worden. Das schlechte Gehör war auf die Benommenheit des Kranken zurückgeführt worden. Erst als der Pat. entfiebert war, war die hochgradige Schwerhörigkeit manifest und man konnte sich mit dem Kranken nur durch lauteste Sprache verständigen. Die otologische Untersuchung hatte ergeben, daß es sich um eine beiderseitige Erkrankung des Cochlearis handle, die, wie die weitere genaue Beobachtung gezeigt hat, innerhalb von 8 Tagen wieder zurückgegangen ist, nach welcher Zeit ein normales Gehör für Sprache und Stimmgabeln bestand. Es ist wohl sehr naheliegend anzunehmen, daß diese nach der In-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jektion von Salvarsan aufgetretene Schwerhörigkeit, die sich nach so kurzer Zeit wieder vollständig zurückgebildet hat, nicht auf die Recurrenserkrankung zu beziehen ist, sondern als eine im Anschluß an die Salvarsaninjektion aufgetretene toxische Neuritis zu deuten ist. Außerdem ist, soweit ich mich in der Literatur informieren konnte, kein Fall verzeichnet, bei dem im Anschluß an einen Recurrens schwere Hörschädigungen aufgetreten sind.

Diskussion.

H. Frey: Man kann die Cochlearisläsion bei einer so hoch fieberhaften Erkrankung wie beim Recurrens ganz gut sich erklären — ungefähr eine Läsion wie beim Fleckfieber. Gerade der Umstand, daß sie so rasch und leicht zurückging, würde verhindern, sie mit einer Salvarsanschädigung in Zusammenhang zu bringen.

Beck: Der Einwand wäre richtig, wenn das die erste Fieberattacke gewesen wäre, aber der Pat. hatte solche schon oft gehabt und erst im Anschluß an das Salvarsan hat die Taubheit eingesetzt. Ich glaube, daß der Schluß näher liegt, hier eine akute Neuritis anzunehmen.

XVI. Ernst Urbantschitsch: **Linksseitige kortikale (tuberkulöse) Encephalitis bei rechtsseitiger Mastoiditis. Meningitis caseosa basalis.**

Emilie Th., 9 Jahre alt. Aufgenommen auf die Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitals am 13. II. 1919.

Anamnese: Früher stets ohrgesund. Im November 1918 Ruhr. Klagen über äußerst starke Kopfschmerzen schon über ein Jahr. Am 11. I. 1919 erkrankte Pat. mit Stechen im rechten Ohr, Kopfschmerzen, Temperatur 37,6°.

13. I. Otitis med. ac. simpl. dextra. Therapie: Thigenolglycerin, heiße Burow-Umschläge.

Interner Befund: Spitzenkatarrh links. Röntgenologisch: Infiltration beider Lungen.

25. I. Zunehmende Kopfschmerzen.

4. II. Leichte Angina lacunaris dextra.

11. II. Otorrhoe, Schmerzen rechts.

Seit 10. II. täglich Erbrechen (nach den Mahlzeiten).

Ohrenbefund: R.: Trommelfell diffus gerötet; an der Grenze zwischen vorderem unteren und vorderem oberen Quadranten eine über großstecknadelkopfgroße Perforation. Eiter pulsierend. Warzenfortsatz äußerlich normal, stark druckempfindlich. L.: Trommelfell leicht getrübt, etwas retrahiert. Kernig positiv; Babinski beiderseits angedeutet. Dermographie. Vielleicht etwas Hyperästhesie der Haut. Keine ausgesprochene Nackensteifigkeit. R —, —; W ∞ ; S =, =. Kein spontaner Nystagmus, kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion normal; v = a. c.

Augenspiegelbefund (Dr. Friedland): normal.

14. II. Operation: Warzenfortsatz pneumatisch. In den Zellen der unteren Hälfte mehr seröses Sekret, in denen der oberen mehr eitriges. Am meisten erscheinen die periduralen Zellen erkrankt. Sinus auf 2 *cm* Länge freigelegt. Mit der Pravazspritze wird flüssiges Blut aspiriert (4 cm^3 zwecks bakteriologischer Untersuchung). Dura der mittleren Schädelgrube auf Hellergröße freigelegt. Äußeres nicht nennenswert verändert, doch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deutlich erhöhte Spannung. Aspiration mit der Pravazspritze: Liquor cerebrospinalis in deutlicher Menge. Incision der Dura: sofort stellt sich Gehirn ein und drängt sich in der Incisionsöffnung mit aktivem Druck vor. Probeincisionen (4) in den Schläfelappen, ohne auf Eiter zu stoßen. Breite Eröffnung des Antrums.

Bakteriologischer Befund (Dr. Kutschera): Ausstrich und kulturell steril.

Verlauf: 14. II. Abends etwas wirr gesprochen. Konstant leichtes Fieber. Keine besonderen Kopfschmerzen.

15. II. Wechsel des äußeren Verbandes und des Gehörgangstampons. Lumbalpunktion: Kein Abfluß von Liquor cerebrospinalis.

16. II. Nachts Phantasieren. Tagsüber ruhig. Kopfschmerzen fast nur nachts.

17. II. Erster Verbandwechsel. Wundhöhle trocken. Lockere Jodoformdochttamponade.

Lumbalpunktion: Anfangs kein Abfluß von Liquor cerebrospinalis. Nach verschiedenen Drehungen der Nadel fließt unter etwas erhöhtem Druck anfangs rötlich-gelber, dann leicht schmutzig-gelblicher Liquor ab. Bakteriologischer Befund: steril.

21. II. Allgemeinbefinden täglich im gleichen. Nachts Kopfschmerzen, Phantasieren. Tagsüber ruhig, ohne Klagen. Appetit eher im Zunehmen.

24. II. Exitus letalis.

Obduktionsbefund (Dr. Epstein): Kortikale Encephalitis tuberculosa im Bereiche der Insula Reilii (sin.) nach Meningitis caseosa basalis. Schwere verkäsende Tuberkulose aller Lungenabschnitte mit Aspirationsdissemination. Verkäsende Drüsentuberkulose des Hilus und der Halslymphdrüsen. Miliare Aussaat in Leber, Milz und Nieren. Perihepatitis tuberculosa in Form knötchenförmiger Herde und fibrinöse Exsudation. Schwere tuberkulöse Darmgeschwüre.

Epikrise: In dem vorliegenden Fall konnte außer der eitrigen Mastoiditis eine cerebrale Komplikation diagnostiziert werden, doch zunächst nicht mit Sicherheit, ob Hirnabsceß, Meningitis oder dergleichen. Für Hirnabsceß sprachen die nur mäßig gesteigerten Temperaturen, das verhältnismäßig meist nicht so schlechte Allgemeinbefinden und der enorme starke Hirndruck, so daß schon während der Duraincision sofort Hirnteile vorquollen. Nachdem aber der Operationsbefund gegen einen rechtsseitigen Schläfelappenabsceß sprach, schien die Diagnose Meningitis tuberculosa gesichert, denn für die Meningitis sprachen auch Kernig, Dermographie und die — wenn auch geringe — Hauthyperästhesie; für Tuberkulose die subfebrilen Temperaturen, das bis auf Kopfschmerzen nur mäßig gestörte Allgemeinbefinden, und der klinische wie röntgenologische Lungenbefund; schließlich der negative bakteriologische Befund. Trotzdem war der äußerst starke Hirndruck im Verein mit dem positiven Babinski auffallend. Klärung brachte erst die Obduktion, bei der ein großer encephalitischer Herd im Schläfelappen der anderen Seite offenbar wurde — außer einer verkäsenden tuberkulösen Basalmeningitis. Mastoiditis und Encephalitis standen in diesem Fall natürlich in keinem Zusammenhang. Wäre die Encephalitis zufällig gleichseitig gewesen, hätte man einen solchen immerhin annehmen können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Referate.

I. Allgemeines.

Über Beziehungen des Stirnhirns zum Zeigeversuch. Von Dr. T Szasz und Doktor B. Podmanicky. (Neur. Zbl. 1917. Nr. 21—22.)

In 7 alten ausgeheilten Fällen von Stirnverletzungen mit ausgedehntem Knochendefekt gelang es nicht, durch den kalorischen Reiz ein typisches Vorbeizeigen an der der Verletzung entsprechenden Seite im Arm zu erzeugen. Bei 4 von den Fällen ließ sich durch Abkühlung des bloß mit Haut bedeckten pulsierenden Stirnhirnteiles mittelst Chloräthylspray prompt ein Vorbeizeigen nach der anderen Seite erzielen. Durch die Abkühlung würden temporär der Verletzung benachbarte, intakte, für den Zeigeversuch in Betracht kommende Zentra ausgeschaltet und das Vorbeizeigen eine Wirkung der überwiegenden intakten anderen Hirnseite sein. Die Bahn, die hierfür in Betracht käme, wäre Stirnhirn, motorischer Haubenkern und Monakowsches Bündel. Braun.

Das Verhalten der Pupillen beim traumatischen Hirndruck. Von E. Hoessli. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 30.)

Nach einer kritischen Sichtung der vorhandenen kasuistischen Literatur und anatomisch-physiologischen Bemerkungen über Pupillenfasern und Reflexe kommt der Verfasser in seinem klinischen Teile, der sich auf 25 größtenteils selbst beobachtete Fälle der Klinik Queroam erstreckt, von denen 13 zur Operation, zum Teil auch zur Obduktion gelangten, 11 konservativ behandelt und geheilt entlassen wurden, zu dem Schlusse, daß das Phänomen der einseitig erweiterten Pupille beim Hirndruck auf eine Funktionsstörung der peripheren Irisfasern des Oculomotorius zurückzuführen sei, und zwar entspricht die weitere Pupille in 12 Fällen stets der Seite des Hämatoms. Nur in einem einzigen Falle zeigte sich ein gegensätzliches Verhalten. Im experimentellen Teile, der einerseits allgemeinen Hirndruck durch epidurale Eingießung von „Ringer scher" Flüssigkeit durch die Trepanationslücke, andererseits die lokale Druckwirkung durch subdurale Injektion von flüssigem Paraffin unter sorgfältiger Registrierung von Pulsspannung und Atmung nachzuahmen sucht, entsprechen die Ergebnisse den klinischen Beobachtungen. Beim experimentell erzeugten allgemeinen Hirndruck zeigte sich im Moment des Überwiegens desselben über den Blutdruck und daraus resultierender Hirnanämie eine Mydriasis als Folge einer wohl zentralen Sympathicusreizung bei gleichzeitigem Nachlassen des Oculomotoriustonus. Bei lokalem Hirndruck kommt es auch im Experiment zu Pupillendifferenz, wobei die weite starre Pupille der Seite des Druckes entspricht und als Ursache eine periphere Leitungsunterbrechung der empfindlicheren Sphincterfasern anzunehmen ist analog

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der größeren Vulnerabilität der Bündel für den Posticus im Laryngeus inferior. Braun.

Untersuchungen über die blutgerinnungsbefördernde Wirkung der Gelatine und Calciumsalze. Von Dr. H. Schmerz und Mag. pharm. Fritz Winto. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 30.)

Der Gelatine kommt eine gerinnungsfördernde Wirkung zu. Dem Glutin selbst, der dialysierten Gelatine ohne Calciumsalze fehlt dieselbe, jedoch ist es vermöge seiner Absorptionskraft für Calciumsalze befähigt, dessen Wirkung zu verlängern. Das ausschließlich wirksame Prinzip in der Gelatine sind die Calciumsalze. Die gerinnungsbefördernde Wirkung wird erhöht durch Kombination von Gelatine und Calciumsalzen. Die innerliche Darreichung des Calciums ist nur bei Verabreichung größerer Dosen wirksam. Bei intravenöser Einverleibung von Calcium lacticum in physiologischer Kochsalzlösung stellt sich die Wirkung schon nach 10 Minuten ein. Der Organismus verträgt anstandslos höhere Gaben, als bisher angenommen wurde. So wurden 0,1 *g* auf einmal ohne jede Nebenwirkung injiziert, ja, selbst 1,0 Calcium lacticum einverleibt, allerdings traten dabei vereinzelt kurz dauernde Temperatursteigerungen auf, doch ist die Wirkung auf die Blutgerinnung bei dieser Dosis am nachhaltigsten. Braun.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Otitis purulenta media, Nekrose des Hammers, Bacillus necroseos im Sekret. Von Theodor Heryng. (Zschr. f. Hyg 85. H. 1—2.)

Bei einer unkomplizierten chronisch-rezidivierenden Mittelohreiterung mit reichlichem, wässerigen, braungefärbten Sekret ergab das Kulturverfahren als Ursache der Braunfärbung den mit Staphylococcus aureus und tetragenus symbiotisch vergesellschafteten Bacillus necroseos Löffler aus der Gruppe der Fadenpilze. Braun.

III. Otochirurgie.

Untersuchungen über die normale Höhe des Lumbalpunktates und sein Verhalten bei verschiedener Lagerung des Oberkörpers und Kopfes. Von Dr. med. et phil. E. Becher. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 30.)

Der Verfasser kommt auf Grund seiner Erfahrungen bei Gesunden und Leichtkranken zu dem Ergebnis, daß der normale Lumbaldruck höher liegt, als bisher in der Regel angenommen wurde, und daß eine Reihe von als Meningitis serosa gedeuteten Krankheitsbildern in Wirklichkeit rein funktionelle Erkrankungen darstellen. Es wurden nämlich auch bei ganz Gesunden namentlich aus der Gruppe der Neurastheniker leichte meningeale Nachwirkungen, selbst vorübergehende Nackensteifigkeit nach Lumbalpunktion beobachtet, auch wenn nur ganz wenig Lumbalflüssigkeit abgelassen wurde. Die Höhe des Druckes bei einem und demselben Individuum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist großen Schwankungen unterworfen und ebenso auch von der Lage des Körpers und Kopfes in nicht unbedeutendem Maße abhängig.

Der Druck ist höher beim Sitzen als beim Liegen, weil ein Teil des hydrostatischen Druckes hinzutritt. Der Unterschied bewegt sich hierbei zwischen 215—290 *mm*. Ebenso wirkt Exstirpation, Pressen, Husten, Schreien im Sinne einer Erhöhung. Je höher die Spannung, desto größer die respiratorischen und pulsatorischen Schwankungen. Umgekehrt, je geringer der normale Druck im Liegen, desto höher die Drucksteigerung beim Lagewechsel. Wichtig ist die Beeinflussung des Druckes durch verschiedene Lagerung des Kopfes. Das Beugen des Kopfes gegen die Brust in der Horizontallage und ebenso nach hinten gegen den Nacken erhöht den Druck. Ebenso seitliches Heben und Senken des Kopfes. Im Sitzen erhöht das Beugen gegen die Brust nicht, wohl aber das Beugen gegen den Nacken den Druck ziemlich beträchtlich. Bei gerader Haltung des Kopfes ist die Kapazität des Lumbalsackes am größten, die Nackensteifigkeit in dieser Haltung ist in diesen Fällen der mechanische Ausdruck der meningealen Liquorvermehrung, während Nackensteifigkeit bei nach hinten gebeugtem Kopf bloß der Ausdruck einer Entzündung der Hirnhaut ist. Erstere könnte durch Punktion als Druckentlastung schwinden, letztere sich mechanisch nicht beeinflussen lassen. Braun.

Die Behandlung der Hirnabscesse mit besonderer Berücksichtigung des Hirnödems. Von Prof. Dr. Rudolf Klapp, stellvertretender Direktor und beratender Chirurg. (Aus der kgl. Universitätsklinik Berlin [Geh. Rat Bier].) (M. m. W. 1916. Nr. 49. Feldärztl. Beil.)

Trotz Trockenlegung der Abscesse — breite Deckelexcision, mechanische Fixation von metallenen Tampondrains und damit Verhinderung von Einbruch derselben in die Ventrikel (Meningitis) — gelang es nicht, die akuteste Gefahr, das Auftreten eines plötzlichen (kollateralen) Hirnödems zu verhindern.

Außer anderen Mitteln der Absaugung wäre das in 4 Fällen (mit gutem Erfolg) angewendete Bestreuen des freiliegenden Gehirns mit Sand zu empfehlen. Auf die Details der Mitteilung sei hingewiesen. Gatscher.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der rhino-laryngologischen Universitätsklinik in Budapest.
(Direktor: ö. o. Prof. A. Onodi).

Die Beziehungen des Canalis Vidianus, des Nervus petrosus superficialis major und des Nervus petrosus profundus zur Keilbeinhöhle, sowie die der Fossa pterygopalatina und des Ganglion sphenopalatinum zu den Nebenhöhlen der Nase.

Von Dr. **Ladislaus Onodi**, Assistenzarzt der Universitätsklinik für Ohrenheilkunde in Budapest.

(Mit 10 Figuren.)

(Fortsetzung und Schluß.)

Die Figur 7 illustriert an einem Knochenpräparat das innige Verhältnis der hintersten Siebbeinzelle *(cep.)* und der Keilbeinhöhle *(ss.)* zur Fossa pterygopalatina und zum Foramen sphenopalatinum *(fsp.)*. Es ist gut zu übersehen, wie die hinterste Siebbeinzelle den vorderen Teil des Foramen sphenopalatinum *(fsp.)* und die vordere Wand der Fossa pterygopalatina, ferner die Keilbeinhöhle *(ss.)* die obere Wand der Fossa pterygopalatina bildet.

An einem Knochenpräparat ist die direkte Begrenzung des vorderen Teiles des Foramen sphenopalatinum und der vorderen Wand der Fossa pterygopalatina von der Kieferhöhle und die Begrenzung der oberen Wand der Fossa pterygopalatina von der Keilbeinhöhle zu übersehen.

Die Figur 8 illustriert an einem Knochenpräparat das enge Verhältnis der rechten *(ssd.)* und der linken Keilbeinhöhle *(sss.)* und der rechten hintersten Siebbeinzelle *(cep.)* zur rechten Fossa pterygopalatina und zum rechten Foramen sphenopalatinum *(fspd.)*. Man sieht gut die direkte Begrenzung der oberen Wand des rechten Foramen sphenopalatinum *(fspd.)* von der rechten *(ssd.)* und von der linken Keilbeinhöhle *(sss.)*, ferner die direkte Begrenzung der vorderen Wand des rechten Foramen sphenopalatinum *(fspd.)* von der rechten hinteren Siebbeinzelle. Interessant ist bei diesem Formverhältnis die kontralaterale innige Beziehung der linken Keilbeinhöhle *(sss.)* zum rechten Foramen sphenopalatinum *(fspd.)*.

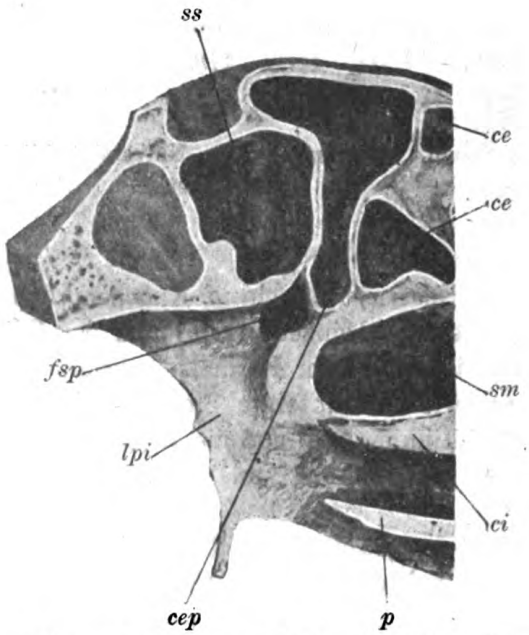
An einem Knochenpräparat sieht man die direkte Begrenzung der vorderen Wand des rechten Foramen sphenopalatinum von den rechten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwei hinteren Siebbeinzellen und die kontralaterale innige Beziehung der linken Keilbeinhöhle zum rechten Foramen sphenopalatinum.

Im Gebiete der Fossa pterygopalatina und des Foramen sphenopalatinum treffen wir den zweiten Ast des Trigeminus und das Ganglion sphenopalatinum mit ihren Ästen. Der zweite Trigeminusast tritt bekanntlich durch das Foramen rotundum in die Fossa pterygopalatina, indem er den Nervus zygomaticus und die Nervi sphenopalatini abgibt und sich in den Nervus infraorbitalis durch die Fissura orbitalis inferior fort-

Fig. 7.



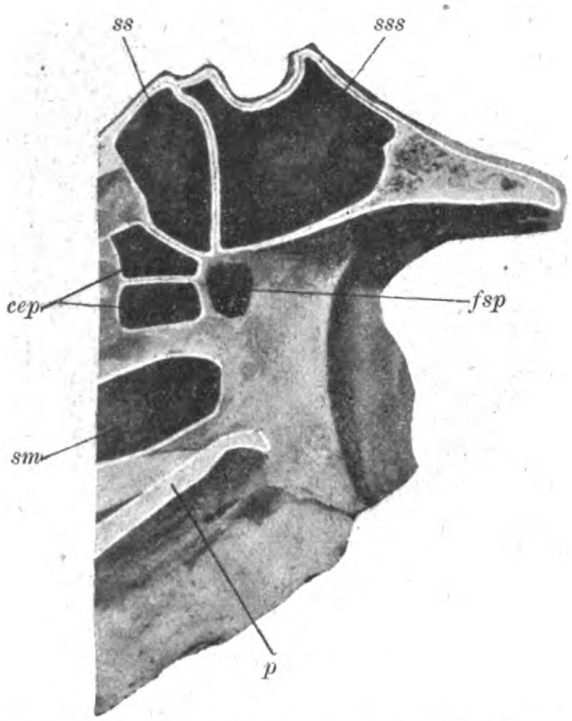
Natürliche Größe. *ss* Sinus sphenoidalis, *cep* Cellula ethmoidalis posterior, *ce* Cellula ethmoidalis, *fsp* Foramen sphenopalatinum, *sm* Sinus maxillaris, *ci* Concha inferior, *p* Palatum, *lpi* Lamina pterygoidea interna.

setzt. Der Nervus zygomaticus steht durch den Ramus anastomoticus cum nervo zygomatico mit dem ersten Trigeminusast in Verbindung, und zwar mit dem Nervus lacrimalis. Die Nervi sphenopalatini senken sich in das Ganglion sphenopalatinum. Der Nervus infraorbitalis gibt, bevor er noch in den gleichnamigen Kanal eintritt, die Rami alveolares superiores posteriores, welche am Oberkieferkörper zum Zahnfleisch und zu den Molaren ziehen, ab. Der Ramus alveolaris superior medius und anterior entspringen schon im Canalis infraorbitalis und die Endäste im Gesicht, die Rami palpebrales inferiores, die Rami nasales externi et interni und die Rami labiales superiores verbinden sich mit dem Nervus facialis. Das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ganglion sphenopalatinum liegt als sympathisches Ganglion in der Fossa pterygopalatina, unterhalb des zweiten Trigeminusastes; es besitzt eine sensible, eine motorische und eine sympathische Wurzel. Die motorische Wurzel, der Nervus petrosus superficialis major, entspringt vom Ganglion geniculi nerv. fac., anastomisiert mit dem Nervus petrosus superficialis minor, tritt durch den Hiatus can. fac. auf die vordere Fläche der Pyramide und dringt durch die Fibrocartilago basalis, um den Canalis Vidianus

Fig. 8.



Natürliche Größe. *ssd* Sinus sphenoidalis dexter, *sss* Sinus sphenoidalis sinister, *fsp* Foramen sphenopalatinum, *cep* Cellula ethmoidalis posterior, *sm* Sinus maxillaris, *p* Palatum.

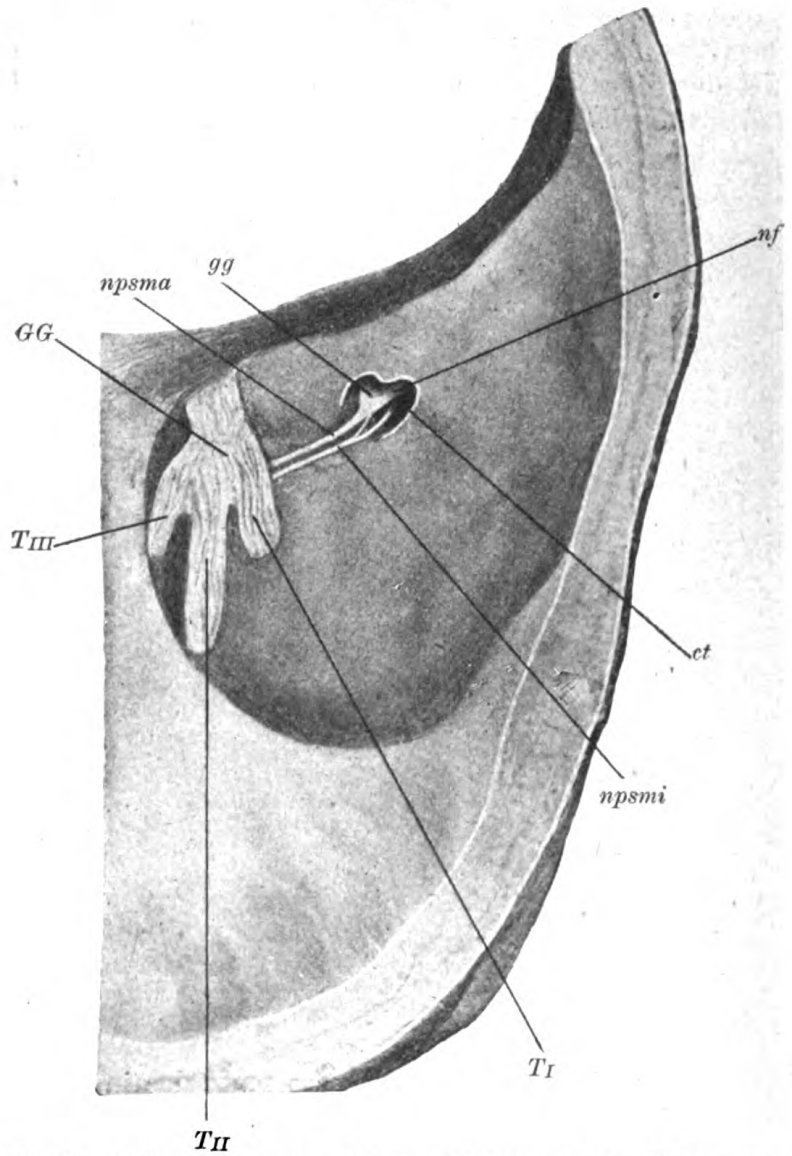
zu erreichen, wo er mit dem Nervus petrosus profundus in einer gemeinschaftlichen Scheide den Nervus Vidianus bildet.

Die sympathische Wurzel des Nervus petrosus profundus entspringt vom sympathischen Geflecht der Carotis interna und durchbricht die Synchondrosis sphenopetrosa, um die hintere Öffnung des Canalis Vidianus zu erreichen und den Nervus Vidianus zu bilden. Diese Formverhältnisse zeigen die Figuren 9 und 10. In der Figur 9 ist zu sehen die eröffnete Paukenhöhle *(cts.)*, die Lage des Nervus facialis *(nf.)*, des Ganglion

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geniculi *(gg.)*, Ursprung und Verlauf des Nervus petrosus superficialis major *(npsma.)*.

Fig. 9.



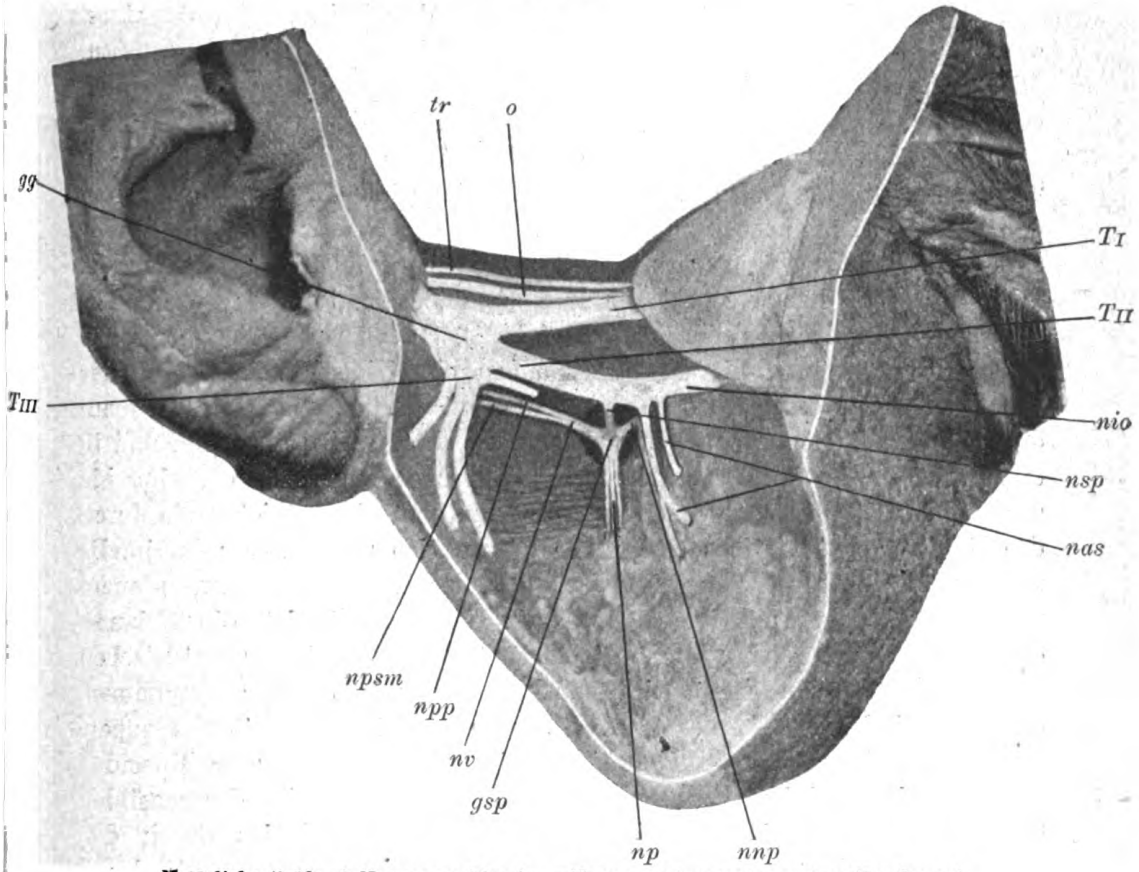
Natürliche Größe. Paukenhöhle und Canalis Falloppii eröffnet. *ct* Cavum tympani, *gg* Ganglion geniculi, *npsma* Nervus petrosus superficialis major, *npsmi* Nervus petrosus superficialis minor, *nf* Nervus facialis, *GG* Ganglion Gasseri, *TI* erster Trigeminusast, *TII* zweiter Trigeminusast, *TIII* dritter Trigeminusast.

Die sensible Wurzel, die Nervi sphenopalatini entspringen vom zweiten Trigeminusaste in der Fossa pterygopalatina. Alle drei Wurzeln

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind eng verbunden mit dem Ganglion sphenopalatinum, welches folgende Äste gibt: die Rami orbitales, welche durch die Fissura orbitalis inferior in die Augenhöhle und durch das Foramen ethmoidale posterius zu der Keilbeinhöhle und zu den hinteren Siebbeinzellen gelangen; die Rami

Fig. 10.



Natürliche Größe. *tr* Nervus trochlearis, *o* Nervus oculomotoris, *gg* Ganglion Gasseri, *TI* erster Trigeminusast, *TII* zweiter Trigeminusast, *TIII* dritter Trigeminusast, *nio* Nervus infraorbitalis, *npsm* Nervus petrosus superficialis major, *npp* Nervus petrosus profundus, *nv* Nervus Vidianus, *gsp* Ganglion sphenopalatinum, *nsp* Nervus sphenopalatinus, *nnp* Nervi nasales posteriores, *np* Nervi palatini, *nas* Nervi alveolares superiores.

nasales posteriores superiores, welche durch das Foramen sphenopalatinum in die Nasenhöhle treten, um die obere und mittlere Nasenmuschel, ferner die Nasenscheidewand zu versehen; der Nervus nasopalatinus durchzieht den Canalis incisivus, um am Gaumen Anastomosen einzugehen, die Rami palatini, welche als vordere, mittlere und hintere Äste durch den Canalis pterygopalatinus treten und den harten und weichen Gaumen, die Gaumen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mandel und das Zahnfleisch versehen. Von den vorderen Ästen gehen Zweige durch das Gaumenbein zur unteren Muschel. Nach Hirzel und Arnold sollen einige Nervenfäden vom Ganglion sphenopalatinum durch das Foramen sphenopalatinum auch zur Opticusscheide ziehen. Die Lage, die Wurzeln und die Äste des Ganglion sphenopalatinum *(gsp.)* illustriert die Figur 10, in situ von außen freigelegt.

Die Verbindung des Nervus facialis mit dem Trigeminus erklärt es, daß auf zwei Wegen Facialisfasern in den Trigeminus gelangen können. Die Hauptverbindung ist der Nervus petrosus superficialis major, durch dessen Bahn Facialisfasern in den zweiten Trigeminusast gelangen, die andere Möglichkeit ist, daß sich Fasern der Chorda tympani in den dritten Trigeminusast zurückbiegen, um durch das Ganglion Gasseri zum zweiten und ersten Trigeminusast zu gelangen. Daß der Nervus facialis mit der Innervierung der Tränendrüse im Zusammenhang steht, ist zweifellos. Diese Tatsache haben zuerst die klinischen Beobachtungen von Goldzieher[9]), Jendrassik[10]), Uthoff[11]), Schüssler[12]) und Forster[13]) festgestellt, die das Vorkommen einseitigen Weinens bei der Facialislähmung beschrieben haben. Die sekretorischen Fasern der Tränendrüse sollen mit dem Nervus intermedius aus dem Gehirn austreten und in die Bahn des Facialis und des Nervus petrosus superficialis major bis zum Ganglion sphenopalatinum verlaufen und von diesem ziehen sie durch den Ramus anastomoticus cum nervo zygomatico zum Nervus lacrimalis und zur Tränendrüse. Es wird bezüglich der Tränenabsonderung angenommen, daß die Funktion des Facialis eine doppelte ist, die Reizung der sekretorischen Fasern bewirkt Tränenabsonderung, die der motorischen Fasern Kontraktion der Gesichtsmuskeln. Es wird auch angenommen, daß motorische Fasern des Facialis durch den Nervus petrosus superficialis zum Ganglion sphenopalatinum ziehen und von da zum Musculus levator veli palatini und Musculus uvulae gehen. Bezüglich der sensiblen Geschmacksnerven wird angenommen, daß sie vom Gehirn durch den zweiten Trigeminusast zum Ganglion sphenopalatinum und von da durch den Nervus petrosus superficialis major zum Nervus facialis und mittelst der Verbindung der Chorda tympani mit dem Nervus lingualis zu den vorderen zwei Dritteln der Zunge ziehen. Angeblich soll das Ganglion sphenopalatinum zuweilen Verbindungen eingehen mit dem Nervus ab-

---

[9]) Pester med. Presse. 1876. Zbl. f. prakt. Augenhlk. 1895.
[10]) Orvosi Hetilap. 1893.
[11]) D. m. W. 1881.
[12]) B. kl. W. 1879.
[13]) M. m. W. 1897.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ducens und dem Nervus glossopharyngeus, mit dem Ganglion ciliare und mit dem Ganglion oticum. Das Ganglion sphenopalatinum ist mit sensiblen, motorischen und sympathischen Fasern verbunden, es steht daher in seinem erwähnten Innervierungsgebiet mit der Schleimhaut, mit den Drüsen und Gefäßen, ferner angeblich mit den erwähnten Muskeln des weichen Gaumens in Verbindung. Nach Prevost[14]) hat die elektrische Reizung des bloßgelegten Ganglion sphenopalatinum reichliche Schleimabsonderung und Temperaturerhöhung in der Nase zur Folge und nach Aschenbrodt[15]) auch eine Anschwellung des kavernösen Gewebes der unteren Muschel. Mink[16]) denkt bei den Erscheinungen einer reflektorischen Gefäßerweiterung an eine passive Wirkung, an eine Lähmung der Gefäßmuskulatur. „Die Reize, die das Naseninnere treffen und zum Nasenknoten gelangen, eine Tonusvergrößerung der Gefäßmuskulatur und damit eine stärkere Blutfüllung in der Nase unterhalten. Verstärkung dieser Reize sollte dann auch eine stärkere Schwellung der Schleimhaut und also eine Verringerung des Nasenlumens herbeiführen müssen. Reizung des Nasenknotens bewirkt eine Anschwellung der unteren Muschel. Wir bringen das dauerhaft zusammengezogene Corpus cavernosum der unteren Muschel mit einem Lähmungszustand des Nasenknotens in Verbindung."

Wir gehen jetzt zur Betrachtung der Frage, was für eine klinische Bedeutung den beschriebenen Tatsachen und Formverhältnissen zufällt, über. In den Fällen von Entzündung der Keilbeinhöhlenschleimhaut, von Polypen, Granulationen und Eiterung der Keilbeinhöhle kann sich der krankhafte Prozeß sehr leicht auf die papierdünne flache oder emporragende Wand des Canalis Vidianus am Boden der Keilbeinhöhle fortsetzen, es kann eine Usur, eine Perforation dieser dünnen Knochenwand eintreten und die gemeinschaftliche Nervenscheide mit dem Nervus petrosus superficialis major und dem Nervus petrosus profundus in Mitleidenschaft gezogen werden. In den Fällen, wo der Canalis Vidianus Knochendehiscenzen aufweist oder in verschiedener Länge am Boden der Keilbeinhöhle offen ohne obere Wand verläuft, findet eine direkte Berührung der Keilbeinhöhlenschleimhaut mit der gemeinschaftlichen Scheide des Nervus Vidianus statt und es liegt auf der Hand, daß bei Erkrankungen der Keilbeinhöhle der entzündliche Prozeß die beiden Nerven in der Scheide direkt betreffen kann. Die Entzündung des Nervus Vidianus und seiner Nervenscheide kann sich auf das Ganglion sphenopalatinum ausdehnen und auf das Gebiet der Fossa pterygopalatina. Bei groß entwickelten Keilbeinhöhlen

---

[14]) Zitiert bei Mink.
[15]) Mschr. f. Ohrhlk. 1885.
[16]) Arch. f. Laryng. 1915. 29.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kann das Foramen rotundum mit dem zweiten Trigeminusast von einer papierdünnen Knochenschicht begrenzt werden, wie wir dies in unserer Arbeit[17]) und auch Greenfield-Sluder[18]) beschrieben haben. In unserer eben erwähnten Arbeit habe ich ein seltenes Formverhältnis beschrieben und illustriert, wo eine 2 *cm* lange dünne vorspringende Knochenwand dem Verlauf des zweiten Trigeminusastes entsprochen hat. Sowohl in diesem außergewöhnlichen Falle wie in den von uns und Greenfield-Sluder beschriebenen Fällen kann die den Trigeminusast trennende, äußerst dünne Knochenwand und der Nervenstamm bei Erkrankungen der Keilbeinhöhle leicht in Mitleidenschaft gezogen werden. In diesen letzteren Fällen ist die Läsion des zweiten Trigeminusastes leicht erklärbar bei Erkrankungen der Keilbeinhöhle, und ihre Folge die Neuralgie des zweiten Trigeminusastes. Die erwähnte außergewöhnliche Anomalie bezüglich des Verlaufes des zweiten Trigeminusastes in der Keilbeinhöhle ist in unserer Arbeit[19]) in der Figur 3 abgebildet. Das innige Verhältnis der Keilbeinhöhle zum Foramen rotundum und zum zweiten Trigeminusaste ist auch in den folgenden Figuren zu übersehen, und zwar in der Figur 4 auf der linken Seite, in der Figur 5 auf beiden Seiten, in der Figur 7 auf beiden Seiten, in der Figur 8 auf beiden Seiten, in der Figur 9 auf der linken Seite und in der Figur 10 auf der rechten Seite.

Nach den Erfahrungen Greenfield-Sluders[20]) „scheint der zweite Trigeminusast und der Nervus Vidianus am häufigsten in Mitleidenschaft gezogen, und zwar jeder einzeln oder beide zusammen. In letzterem Falle machen sie dasselbe Krankheitsbild, wie es sonst vom Ganglion sphenopalatinum ausgeht. Die einjährige Beobachtung läßt mir eine Trennung dieser Fälle von der Neuralgie des Ganglion sphenopalatinum schwerer erscheinen, als ich früher glaubte, so daß ich meine, man muß in bezug auf die Differentialdiagnose sorgfältig auf der Hut sein."

Nach den erwähnten Angaben bezüglich des Faserverlaufes des Nervus Vidianus muß man auch daran denken, daß bei Erkrankung der Keilbeinhöhle die Tränenabsonderung, die Geschmacksempfindung und der Musculus levator veli palatini und der Musculus uvulae beeinflußt werden können. Die den Nervus Vidianus treffenden entzündlichen Reize sollten eine Tonuserhöhung der erwähnten Muskeln des weichen Gaumens, ferner eine gesteigerte Tränenabsonderung zur Folge haben und eine stärkere Läsion des Nervus Vidianus sollte zu Lähmungserscheinungen führen,

---

[17]) l. c.
[18]) l. c.
[19]) l. c.
[20]) l. c.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche sich in der aufgehobenen Tränenabsonderung, in der gestörten Geschmacksempfindung und in der Bewegungsstörung der weichen Gaumenhälfte äußern müßte. Diesbezüglich verfügen wir über gar keine Angaben, es bleibt späteren genauen klinischen Beobachtungen überlassen, bei den Erkrankungen der Keilbeinhöhle und Vorhandensein der beschriebenen Formverhältnisse auf die erwähnten Innervierungsverhältnisse ein Licht zu werfen. Die von uns beschriebenen innigen Beziehungen der Keilbeinhöhle, der hintersten Siebbeinzelle und der Kieferhöhle zur Fossa pterygopalatina und zum Foramen sphenopalatinum erklären, daß eine Fortpflanzung des krankhaften Prozesses der benachbarten Nebenhöhlen auf dieses Gebiet leicht erfolgen und eine Läsion des Ganglion sphenopalatinum und des zweiten Trigeminusastes eintreten kann. Unsere erwähnten Befunde, welche eine innige Beziehung der Keilbeinhöhle zum kontralateralen Foramen sphenopalatinum und zur kontralateralen Fossa pterygopalatina zeigten, erklären gleichfalls eine Fortpflanzung des krankhaften Prozesses der kontralateralen Keilbeinhöhle auf dieses Gebiet und somit eine Läsion des kontralateralen zweiten Trigeminusastes, des kontralateralen Ganglion sphenopalatinum und seiner Äste. Die papierdünnen Knochenwände der erwähnten Nebenhöhlen können ebenfalls leicht von einer Usur, einer Perforation befallen werden und der krankhafte Prozeß kann das Ganglion sphenopalatinum mit seinen Ästen und den zweiten Trigeminus in Mitleidenschaft ziehen. Im Innervierungsgebiet dieser Nerven kann eine Neuralgie auftreten. Greenfield-Sluder[21]) hat in vielen Fällen die Neuralgien durch die direkte Behandlung der eröffneten Keilbeinhöhlen zu beseitigen versucht. Er benützte 1%ige ölige Karbolsäurelösung, 2—10%iges Gaultheriaöl und wässerige 2—5%ige Lösung von salicylsaurem Natron. „Mittelst dieser gelang es, die Schmerzen, lange nachdem der Sinus genügend eröffnet und die Wunde geheilt war, zu mildern."

Greenfield-Sluder[22]) hat in seiner „Sphenoiditis hyperplastica und ihre Beziehung zu den Nervenstämmen des II, III, IV, V, VI und zu dem Nervus Vidianus" betitelten Arbeit das klinisch auffallend verschiedene Verhalten des II. und III. Trigeminusastes und des Nervus Vidianus verglichen mit den Nervenstämmen des Oculomotorius, Trochlearis und des Abducens, nämlich die krankhafte Mitbeteiligung der ersteren ist häufiger. J. Wright untersuchte die entfernten Knochenteile der Keilbeinhöhle und fand chronische hyperplastische Veränderungen des Knochens, akute Ostitis und Periostitis, Verengerung des Knochenkanales

[21]) l. c.

[22]) American Laryngological Association. 1915.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

infolge der hyperplastischen Veränderungen des Knochens und dadurch bedingte Kompression der Nervenstämme des Opticus, des II. und III. Trigeminusastes und des Nervus Vidianus. Sluder erklärt aus diesen Veränderungen die Migräne, die Kopfschmerzen und die Sehstörungen. Greenfield-Sluder[23]) bespricht in seiner „Vom Ganglion sphenopalatinum ausgehender Symptomenkomplex" betitelten Arbeit die Symptome und ihre Behandlung. Dieser Symptomenkomplex nach Sluder ist folgender: Niesanfälle, wässeriger Ausfluß, Schwellung der Nase innen und außen, profuser Tränenfluß, Rötung und Schwellung der Lider, Dilatation der Pupillen mit dem Anschein eines leichten Exophthalmus, Gefühl von Brennen, bisweilen starke Photophobie, manchmal auch Dyspnoe mit trockenem Rasseln. Nach Kokainisierung des Ganglion sphenopalatinum gehen nach Sluder die Erscheinungen zurück. Er empfiehlt in akuten Fällen die Bepinselung mit Kokain jener Stelle, wo das Foramen sphenopalatinum liegt, unmittelbar nach hinten vom hinteren Ende der mittleren Muschel, sonst die Alkoholinjektion des Gebietes des II. Trigeminusastes und des Ganglion sphenopalatinum.

Mink[24]) hat in einer beachtenswerten Arbeit das Ganglion sphenopalatinum als trophisches Zentrum und als Sekretionszentrum zur Erklärung der regionären Schleimhautatrophie zu verwerten versucht. Die Grundlage seiner Annahme beruht auf der Entzündung der Schleimhaut des Recessus sphenoethmoidalis. Wie er sich ausdrückt: „Der Schritt vom lokalisierten chronischen Katarrh bis zur regionären Schleimhautatrophie ist also nicht so sehr groß." „Es läßt sich denken, daß die Gefäße und die Wurzel der Nerven, die aus dem Ganglion sphenopalatinum treten und die der Nasenschleimhaut anliegen, geschädigt werden. Eine Fortpflanzung der Nervenentartung bis in den Knoten hinein läßt sich unschwer annehmen. Auf diese Weise würden Zirkulationsstörungen, trophische Schädigungen und Sekretionsanomalien in der Nasenschleimhaut als Folgezustände eines Katarrhs des Recessus sphenoethmoidalis begreiflich sein. Auch Neuralgien durch Einklemmung der Nervenwurzeln im neugebildeten submukösen Bindegewebe sind denkbar, während auch die Augenästchen des Ganglion wegen der Augenaffektionen, die man geneigt ist, mit Erkrankungen des hinteren Teiles der Nasenhöhle in Verbindung zu bringen (v. Hovesches Symptom), von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet zu werden verdienen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die beschriebenen Formverhältnisse die Grundlage bilden werden zu weiteren klinischen Studien, welche

---

[23]) American Laryngological Association. 1915.

[24]) l. c.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

berufen sein werden, derzeit noch so manche dunkle Fragen zu klären und die Aufmerksamkeit bei Störungen des zweiten Trigeminusastes und des Ganglion sphenopalatinum und seinen Wurzeln und Ästen auf die Erkrankungen der benachbarten Nebenhöhlen zu lenken. Wir sind davon überzeugt, daß auf Grund der beschriebenen Formverhältnisse, die die unmittelbaren Beziehungen der Keilbeinhöhle, der hinteren Siebbeinzelle und der Kieferhöhle zum Nervus Vidianus, zum zweiten Trigeminusast und zum Ganglion sphenopalatinum festgestellt haben, die genauen klinischen Untersuchungen und Beobachtungen unsere Kenntnisse ergänzt und bereichert werden.

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Juni 1919.

(Offizielles Protokoll.)

Vorsitzender: Hr. W. Roth.
Schriftführer: Hr. G. Hofer.

Der Vorsitzende beglückwünscht Herrn M. Hajek zur Übernahme der Klinik nach weiland Hofrat Chiari und verliest ein Schreiben der Wiener otologischen Gesellschaft, worin diese mitteilt, daß sie in ihrer Sitzung vom 31. III. 1919 von der Anregung der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft, bei Themen, die auch otologisches Interesse haben, die Österreichische otologische Gesellschaft zu der betreffenden Sitzung einzuladen, mit Vergnügen Kenntnis genommen hat und ihrerseits gern das reziproke Vorgehen beobachten wird.

I. Hr. Kellner stellt aus dem Ambulatorium des Prof. Hajek einen Fall von **Tuberkulom der Nasenschleimhaut** vor. 39jährige Pat., Dauer des Leidens 12 Jahre. Bemerkenswert ist der Sitz im hinteren Teil der Nase sowie der histologische Befund, der zahlreiche verkäste Tuberkel zeigt.

II. Hr. O. Hirsch: **Fall von Westscher Operation.**

Pat. litt seit mehreren Jahren an beiderseitiger Dakryocystitis. Auf der einen Seite wurde an einer Augenklinik der Tränensack von außen exstirpiert, auf der anderen Seite von Hirsch die West-Polyaksche Tränensackoperation ausgeführt, so daß der Erfolg beider Methoden an derselben Pat. zu ersehen ist. Das Auge, bei welchem der Tränensack exstirpiert worden ist, tränt, während das nach West-Polyak operierte vollkommen normal ist. Hirsch empfiehlt, nicht nur von der Nase aus zu anästhesieren, sondern auch von außen her die Gegend des Tränensacks mit Schleichscher Lösung zu infiltrieren, da beim letzten Akt der Operation, der Excision der medialen Wand des Tränensacks, durch Zerrung manchmal Schmerzen verursacht werden.

Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Aussprache.

Hr. K. Kofler: Hierzu hätte ich zu bemerken, daß ich von der medialen Wand des Tränensackes, die ich mit einem zarten spitzen Häkchen vorziehe und dann durchschneide, möglichst viel wegnehme. Ich besorge das mit einer Hajekschen Stanze zarterer Konstruktion und stanze die Öffnung nach allen Richtungen ausgiebig aus. Ich tamponiere darnach, lasse aber den Tampon höchstens 3—4 Tage liegen und weise den Pat. an, nach der Tamponentfernung recht oft im Tage den erkrankten Tränensack auszudrücken, um so zu verhindern, daß sich die Öffnung vielleicht durch Granulationen und Vernarbung schließe. Die Operation ist in der Regel einfach und leicht durchzuführen. Ich habe in allen meinen Fällen bis auf zwei volle Heilung erzielt. In dem einen dieser zwei Fälle mußte ich die Operation wegen Hämophilie aufgeben, in dem anderen Falle deshalb, weil der Processus frontalis ausnahmsweise so mächtig entwickelt war, daß ich trotz Wegmeißelns von immer neuen Knochenlamellen nicht auf den Tränensack stoßen konnte, andrerseits aber bei den abnormalen Verhältnissen vielleicht irgend eine Komplikation beim Weiteroperieren hätte befürchten müssen. In manchen Fällen empfiehlt es sich, nach meiner transseptalen Methode zu operieren, wenn z. B. Septumdeformitäten oder Verengerungen des Vestibulums derselben Seite vorhanden sind. Die perseptale oder transseptale Methode gewährt einen vorzüglichen Überblick über das Operationsfeld, weil man dasselbe in fast senkrechter Richtung zu sehen bekommt. Ein weiterer Vorzug der Methode besteht darin, daß man in einer Sitzung die Tränensackoperation und die Operation der Septumdeformität durchführen kann. Erst jüngst hat ein Schweizer Autor über sehr gute Erfahrungen mit meiner per- oder transseptalen Methode bei der endonasalen Tränensackoperation berichtet.

Hr. Schlemmer: Ich habe mehrere Male die Dakryocystorhinostomie ausgeführt, und zwar immer nach Kofler transseptal. Der transseptale Weg erleichtert die ansonsten gewiß technisch schwierige Operation so ungemein, daß ich glaube, daß jeder, der sich bloß einmal vom hohen Vorzug des transseptalen Weges überzeugt hat, nur mehr diesen von Kofler vorgeschlagenen Zugang zur lateralen Nasenwand wählen wird. Die Anästhesierung von außen, wie sie Hirsch empfiehlt, habe ich nie angewendet, sondern stets durch entsprechende endonasale submuköse bzw. subperiostale Injektionen absolute Anästhesie erzielt. Auch ich reseziere wie Kofler so viel als nur möglich von der medialen Wand des Tränensackes, kann aber über definitive Erfolge nichts aussagen, weil ich keine Beobachtungsdauer über ein Jahr habe.

Hr. Glas: Ich habe die Westsche Operation in 15 Fällen ausgeführt und habe in 12 dieser Fälle vollen Erfolg erzielt. Die 3 Fälle, bei denen der Erfolg kein entsprechender war, waren Siebbeinverletzungen mit starker Narbenbildung im Bereiche des Agger nasi und Verkrümmung der Scheidewand im oberen Bereiche, wodurch die Zugänglichkeit zu diesem Gebiete eine wesentlich herabgesetzte war. Die Anästhesierung wurde stets auf endonasalem Wege in befriedigender Weise durchgeführt.

III. Hr. K. Kofler: **Tonsillektomie mit konsekutivem großen Hämatom.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ich möchte über die höchst seltene Komplikation eines großen Hämatoms nach Tonsillektomie berichten, eine Komplikation, wie ich sie bei den nach vielen Tausenden zählenden Tonsillektomien der Klinik noch niemals zu sehen bekommen hatte. Es handelte sich um einen 40jährigen kräftigen Pat., bei dem die Tonsillektomie geradezu ideal verlaufen war. Nach der Operation inspizierte ich mehrmals die Wundnischen und legte, obwohl es aus keiner derselben blutete, in jede derselben einen Jodoform-Tanningazetampon ein, wie ich dies fast in jedem Falle tue. Als ich nach 8 Stunden den Pat. besuchte, erzählte er mir, daß beide Tampons herausgefallen waren und daß es ein wenig zu bluten angefangen habe. Bei der Inspektion sah ich etwas hellrotes Blut aus einem Gerinnsel der rechten Wundnische heraussickern und zu meiner Überraschung auch noch ein zirka walnußgroßes, dunkelblaurotes Hämatom der rechten seitlichen Pharynxwand. Ich verordnete Eispillen und Eiskrawatte. Tagsdarauf früh war das Hämatom noch größer. Es hatte sich nach abwärts gegen den Recessus, nach aufwärts gegen den Epipharynx, auf beide Gaumenbögen und auf die ganze rechte Gaumensegelhälfte mit samt der Uvula ausgebreitet; diese war so groß wie eine kleine Nuß und verursachte dem Pat. große Beschwerden beim Sprechen, Schlingen, ja selbst beim Atmen. Das Blutsickern aus der rechten Wundnische hatte aufgehört. Ich ließ die kalte Behandlung fortsetzen. Am Abend desselben Tages besuchte ich den Pat. wieder. Das Hämatom hatte sich noch mehr ausgebreitet, hatte die ganze linke Gaumensegelhälfte ergriffen und war längs der beiden linken Gaumenbögen hinuntergestiegen. Der weiche Gaumen war prall gespannt, die Uvula noch größer als am Vormittage. Der ganze Isthmus, der ganze Pharynx, Epi-, Meso- und Hypopharynx, ja sogar der Aditus ad laryngem waren geschwollen und dunkelblaurot. Die Beschwerden beim Sprechen, Schlingen und Atmen hatten noch zugenommen. Der Zustand war besorgniserregend. Da es sich um den Bruder eines mir gut bekannten Kollegen handelte, schlug ich dem Kollegen ein Konsilium mit meinem Fachkollegen H. Marschik vor. Es kam entweder die Tracheotomie oder die Unterbindung der Carotis externa in Frage. Ich ließ zur Operation herrichten und übernachtete im Sanatorium. Als ich früh den Pat. besuchte, fühlte er sich bedeutend wohler, und als ich den Rachen inspizierte, sah ich bereits eine feine Runzelung der früher prall gespannten Schleimhaut des weichen Gaumens als ein Zeichen des Rückganges des Hämatoms; in der rechten Wundnische stak ein großes braungefärbtes Gerinnsel. Die Beschwerden hatten ebenfalls bedeutend abgenommen. Das Hämatom wurde von da ab von Tag zu Tag kleiner, so daß ich den Pat. nach weiteren 4 Tagen entlassen konnte. Es blieb noch einige Zeit eine eigentümliche Färbung, Marmorierung der Schleimhaut des Pharynx und Larynx zurück, bis schließlich auch diese schwand.

Ich glaube, diese Komplikation so erklären zu müssen, daß es sich um eine Verletzung einer kleineren Arterie, vielleicht der Pharyngea ascendens oder eines Zweiges derselben gehandelt hat. Die Verletzung der Arterie dürfte nicht im Wundbette erfolgt sein, denn dann hätte es sofort und stark nachgeblutet, sondern durch die Nadelspitze bei der Novokaineinspritzung hinter dem hinteren Gaumenbogen. Daß es hierbei nicht sofort aus dem Stichkanal geblutet hatte, erklärt sich wahrscheinlich aus dem Druck, den die eingespritzte Lösung auf die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angestochene Arterie ausgeübt hatte, dann wohl auch aus der Adrenalinwirkung und schließlich vielleicht auch aus der Verschiebung der darüber befindlichen Schleimhaut, die den Stichkanal zum Verschluß gebracht hatte. Merkwürdig bleibt auch der Zufall, daß die kleine Arterie der Nadelspitze bei der Injektion nicht einfach ausgewichen ist.

Aussprache.

Hr. Glas: Bei dieser Hämatombildung handelt es sich jedenfalls um die Folge einer Blutung eines der Pharyngea ascendens entstammenden Gefäßchens, das vielleicht bei der Tiefeninjektion verletzt wurde. Jedenfalls beweist dieses Ereignis wiederum aufs neue die schon oft aufgestellte Forderung, die Tonsillenenukleation stets in einer Heilanstalt auszuführen und diese Operation als ambulante zu verweigern. Glas erinnert sich hierbei eines Falles von Ranula, den er vor Jahren auf der Klinik Chiari ambulant durchgeführt hatte (Novokain-Lokalanästhesie), bei dem am Schlusse des Eingriffes ein Collaps eingetreten war. Nachdem sich Pat. erholt hatte, wurde er noch 2 Stunden auf der Klinik belassen und dann auf seine Bitte nach Hause gebracht. Während dieser Zeit, da sich Pat. sehr wohl fühlte, keinerlei Komplikation. Nach 3 Stunden wurde Pat. auf die Klinik zurückgebracht mit den Symptomen schwerer Stenose. Kolossale Anschwellung der durchbluteten Zunge, Zungenspitze zwischen die Kiefer gepreßt, Trismus. Einführung von Heister beiderseits. Entfernung des durchbluteten Tampons. Wiederholte Abtamponierung des Bodens, bis endlich ein kleines Gefäßchen aus dem Bereiche der Lingualarterie als Ursache der Blutung gefunden wurde. Zum Glücke kam es zur Resorption, ohne daß die Tracheotomie hätte ausgeführt werden müssen. Das kleine, nicht abgebundene Gefäßchen hatte erst Stunden nach dem operativen Eingriff zu bluten begonnen und dieses gefahrdrohende, mit Stenose einhergehende Haematoma erzeugt.

Hr. Weil fragt nach dem Alter, dem sonstigen Gesundheitszustand und speziell dem Blutbefund des Pat.; er meint, daß in solchen Fällen immer die Beschaffenheit der Gefäße und des Blutes eine gewisse Rolle spiele.

Hr. Kofler (Schlußwort): Pat. war immer gesund und kräftig und ist kein Hämophile.

IV. Hr. Hajek: Ich zeige Ihnen hier ein **sehr großes Nasenrachenfibrom,** das ich vor 1¼ Jahren bei einem 35jährigen Mann entfernt habe. Ein Teil des Tumors füllte die rechte Nasen- und die rechte Kieferhöhle aus, welche an der Fossa canina erheblich ausgebaucht war. Überdies bestand ein Exophthalmus rechts und ein etwa eigroßer Fortsatz hing durch den Nasenrachenraum bis an den Zungengrund, so daß das Schlucken und die Respiration erheblich gestört waren. In diesem Falle blieb tatsächlich nichts anderes übrig als der radikale Eingriff, welchen ich nach Denkers Angabe ausführte. Der Tumor inserierte breit an der Basis des Keilbeines; ich habe den Tumor zuerst an der Basis torquiert und dann abgerissen. Die Blutung war ganz unerheblich. Der Nasenzapfen des Tumors zeigte vielfache Verwachsungen, deren Lösung indes ohne Schwierigkeit gelang. Bei kleineren Tumoren, welche lebenswichtige Funktionen nicht stören, kann die Elektrolyse mit Aussicht auf Erfolg angewendet werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussprache.

Hr. Glas erinnert an eine Mitteilung weiland Prof. Koschiers, bei Nasenrachentumoren die elastische Ligatur anzuwenden, um auf dem Wege der Abbindung die Blutung zu vermindern. Im übrigen erscheinen ihm die Tumoren histologisch ein wenig different, indem je nach dem Überwiegen der angiomatösen oder fibromatösen Anteile des Tumors die Blutung dieser Geschwülste variiert. Vielleicht spielt auch das Alter dieser namentlich bei Jugendlichen zu beobachtenden Geschwulstbildung insofern eine Rolle, als die Blutung bei jüngeren Individuen stärker ist. Glas erinnert sich zweier auf der Klinik vor Jahren operierter Fälle großer Angiofibrome des Nasenrachens, bei denen die Verblutung im Anschluß an den operativen Eingriff trotz aller Maßnahmen eingetreten ist. Bei beiden Fällen handelte es sich um junge Individuen, bei denen die Tumoren noch in intensivem Wachstum befunden waren.

Hr. Hajek (Schlußwort): Koschier hat die Basis des Nasenrachenfibroms, die er um dessen Basis herumlegte, abgeschnürt und die elastische Ligatur tagelang liegen gelassen.

V. Hr. Fein zeigt einen Fall von **Angina mit Pneumobacillen Friedländer.** Im Verlaufe und im klinischen Bilde ist der Fall von der gewöhnlichen Angina wesentlich unterschieden. Es fehlten und fehlen auch derzeit jegliche Entzündungserscheinungen; an subjektiven Beschwerden war nur zu Beginn ganz geringer Schluckschmerz vorhanden. Es sind weißliche, flache, dünne Beläge an den Tonsillen zu sehen, die sich leicht wegwischen lassen, sich aber sehr bald regenerieren. Die bakteriologische Untersuchung zeigt Reinkulturen von Pneumobacillus Friedländer. Der Prozeß verläuft ungemein chronisch. Beobachtungsdauer bisher bereits 6 Wochen, vermutlich besteht er viel länger. Bemerkenswert ist auch die Resistenz der Auflagerungen gegen therapeutisch angewendete Medikamente. Eine Reihe von desinfizierenden und adstringierenden Mitteln hatte keinen Erfolg — der Prozeß sieht heute so aus wie am ersten Tag der Beobachtung. Fein ist der Ansicht, daß wir eigentlich keine Berechtigung haben, diesen Prozeß als eine Angina zu bezeichnen, da das Hauptkriterium dieser Erkrankung, die Entzündungserscheinungen, fehlen. Es handelt sich vielmehr vermutlich um eine Ansammlung bestimmter Keime auf einem aus unbekannten Gründen für die Entwicklung der Keime günstig gewordenen Nährboden. Zu einer Infektion der Tonsillenmasse von der Oberfläche her scheint es gar nicht zu kommen. Es wird nunmehr eine interne Medikation versucht werden.

Aussprache.

Hr. W. Roth: Ich muß mich ebenfalls dahin aussprechen, daß man nicht berechtigt ist, diesen Zustand als „chronische Angina" zu bezeichnen, da mit dem Namen „Angina" nur Entzündungszustände der Tonsillen belegt werden dürfen, und in diesem Falle Entzündungserscheinungen fehlen. Es dürfte sich vielmehr in diesem Falle um eine derartige biologische Umänderung des Tonsillargewebes handeln, daß hierdurch ein günstiger Nährboden für die Entwicklung der Bakterien gegeben ist. Die Bakterien selbst spielen hierbei bloß die Rolle von Saprophyten, nicht aber die Rolle von pathogenen Mikroorganismen, wofür ja auch die Tat-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sache spricht, daß trotz der langen Beobachtung weder die Tonsillen noch die angrenzenden Gebilde, namentlich die Gaumenbögen, jemals entzündet wurden. Nach dieser Auffassung ist demnach auch jeder therapeutische Versuch, die Bakterien zu vernichten, überflüssig und es dürfte ein solcher nur dann Aktualität erreichen, wenn bei weiterer Beobachtung sich Entzündungen einstellen sollten, die auf den Einfluß dieser Bakterien zurückzuführen wären.

VI. Hr. M. Weil demonstriert einen Fall von **tumorartiger Schwellung des linken Taschenbandes mit Stimmbandfixation.** Der 34jährige Mann hat im Januar 1915 als Soldat im Chor gesungen und die anderen überschreien wollen; dabei fühlte er plötzlich einen Stich im Halse links mit sofort eintretender Heiserkeit, die einen Monat lang bis zur Stimmlosigkeit zunahm. Husten, Schmerzen, Schlingbeschwerden, Atemnot fehlten vollständig. Behandlung an mehreren Stationen mit Lapis, Jodglycerin, Faradisation und Strychnin etwa zwei Jahre lang; es wurde langsam besser, die Stimme bekam einen heiseren Ton. Seit 1917 Zustand im gleichen. Sonstige Anamnese, interne, Augen-, Ohren- und Röntgenuntersuchung sowie viermaliger Wassermann negativ. Weil sah den Pat. vor drei Monaten. Tumorartige Schwellung des linken Taschenbandes und der Arytänoidgegend; das linke Stimmband unsichtbar. Der linke Aryknorpel sehr stark vergrößert, geht beim Phonieren weit über die Mittellinie vor den rechten, der sehr klein, weit abduziert und vollkommen unbeweglich ist. Die rauhe, schnarrende Stimme scheint mit dem rechten Stimmband und dem linken Taschenband erzeugt zu werden. Therapie: JNa. — Nach einem Monat deutliche Verminderung der Schwellung; linker Stimmbandrand für Momente sichtbar. Jetzt im allgemeinen Status idem; bei forcierter Inspiration wird das linke Stimmband sichtbar, aber ob durch Aspiration desselben oder durch Abduktion des Taschenbandes ist nicht zu entscheiden. Es ist in Medianstellung unbeweglich, weiß, gut gespannt, etwas verdünnt.

Nach dem Gesagten ist Tuberkulose, Gumma, Neoplasma auszuschließen, ebenso rheumatische und Recurrenserkrankung. In Betracht käme allenfalls ein Prolaps der Mucosa des Ventr. Morgagni; am wahrscheinlichsten handelt es sich aber um eine Hämorrhagie mit nachträglicher Organisierung des Hämatoms und Fixation des linken Stimmbands und so ließe sich auch die Vergrößerung des linken und die Unbeweglichkeit des rechten Aryknorpels erklären.

Aussprache.

Hr. W. Roth: Ich habe diesen Pat. im Jahre 1917 und 1918 über ein Jahr beobachtet und behandelt und kann darüber folgendes berichten:

Bei der ersten Untersuchung, wobei das linke Stimmband sowie auch der linke Aryknorpel vollständig unbeweglich waren, überdies aber das betreffende Taschenband nicht gerötet, sondern nur erheblich verdickt erschien, so daß man weder das darunter gelegene Stimmband noch den Morgagnischen Ventrikel sehen konnte, hielt ich den Fall für eine totale linksseitige Recurrenslähmung und verordnete dementsprechend Elektrisation und intern Strychnin. Aber schon nach relativ kurzer Zeit änderte sich das Bild, der linke Aryknorpel bewegte sich und vom linken Stimmband konnte man die innere Kante sehen, ja der Einblick in den Ventrikel war

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum Teil möglich. Ich mußte daher meine Diagnose als unhaltbar aufgeben und nahm nun an, daß es sich um eine submuköse chronische Entzündung des Taschenbandes und des Ventrikels handle und daß hierdurch das Stimmband fixiert und in seinen Bewegungen gehindert sei. Ich suchte gleichfalls zu erforschen, ob nicht Lues oder Tuberkulose als ätiologisches Moment im Spiele sei, das Resultat dieser Untersuchungen war aber negativ und deshalb bemühte ich mich, durch massierende Pinselungen mit Arg. nitr., später mit Jodglycerin und durch interne Verabreichung von Jodkali Resorption zu erzielen. Der Erfolg dieser Therapie war ein wechselnder, bald schien es, daß sich die Verdickung verkleinerte, denn man konnte einen größeren Teil des Stimmbandes sehen, bald aber kehrte der alte Zustand wieder und, wie ich mich jetzt überzeugen konnte, besteht er auch heute noch fort.

Nach diesem Verlaufe glaube ich noch mehr berechtigt zu sein, den Zustand als eine chronische submuköse Entzündung mit bindegewebiger Wucherung, vielleicht hervorgegangen aus einem Hämatom, welches sich bindegewebig organisierte, zu betrachten und als Ursache käme die vom Pat. selbst angegebene mächtige Überanstrengung der Stimme beim Schreien in Betracht.

Hr. E. Glas: Ich glaube, daß es sich um einen chronisch-entzündlichen Prozeß des linken Ventriculus Morgagni handelt, der vielleicht seine Entstehung einer submukösen ventrikulären Blutung verdankt. Dadurch wäre die Vorwölbung des linken Taschenbandes, die Fixierung des linken Stimmbandes, die Wulstbildung lateral vom Stimmbandrand bei sonstigem negativen internen Befund wohl zu erklären. Jedenfalls handelt es sich um eine chronische gutartige Entzündung, wofür auch die exakte anamnestische Angabe zu sprechen scheint.

(Schluß folgt.)

Referate.

I. Allgemeines.

Über Blutspucken. Von Srebrny, Warschau. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 2, 3, 4, 5.)

Auf Grund eigener Erfahrung und einer Literaturübersicht bestreitet Srebrny die Meinungen anderer über Quelle und Natur der Hämophysis im allgemeinen und drückt seine eigene Ansicht in folgender Weise aus: 1. Die häufigste Quelle von Blutspucken bilden die Lungen, doch gehört auch von den oberen Luftwegen herrührende Hämoptoe nicht zu den Seltenheiten. 2. Auch pulmonäre Hämoptoe ist nicht immer tuberkulöser Natur, da das von den Lungen ausgeworfene Blut von einem anderen Organe aspiriert worden sein, von einer anderen Erkrankung der Lunge oder von einer Allgemeinerkrankung herrühren kann. Die Behandlung einer unschuldigen Hämoptysis als eine tuberkulöse kann eine schwere Neurasthenie verursachen und den Kranken unglücklicher machen, als wenn er wirklich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Phthisis hätte. Zunächst kann die Blutungsquelle im hinteren Abschnitt der Nase oder in der Nasenrachenhöhle sich befinden, von wo das Blut, ohne sich durch die Nase zu entleeren, nach hinten abfließen, mit Husten nach außen entleert werden und so Lungenblutung vortäuschen kann. Besonders die Nasenrachenhöhle kann nach den Erfahrungen des Verfassers die Quelle von Blutspucken abgeben, ausgehend von adenoidem Gewebe daselbst, von leichten Erosionen der Schleimhaut, besonders bei Pharyngitis sicca mit Eintrocknen des Sekrets. Von hier zeigen sich Blutspuren auch ohne Husten nach leichtem Räuspern meistens in den Morgenstunden. Die Diagnose kann durch Rhinoscopia posterior oder durch leichte Berührung der Schleimhaut daselbst mit einer durch die Nase oder den Mund eingeführten, an der Spitze mit Watte umwickelten Sonde gemacht werden. An diesen Stellen können auch starke akute Entzündungen und Neubildungen Blutspucken verursachen, während im Munde Zähne und Zahnfleisch oft Blutungsquellen bilden. In allen diesen Fällen ist das expektorierte Blut geronnen, schwarz, mit oder ohne Schleimbeimengung. Lippen, Zunge, Gaumen, Mandeln, hintere Rachenwand können durch erweiterte Gefäße, kleine Angiome, Ulcerationen, Neubildungen Ausgangspunkt von Blutung werden. Einmal hat Srebrny im Verlauf einer Angina lacunaris Blutspucken beobachtet. Im Kehlkopf können übermäßige Anstrengung der Stimme, wie bei Rednern u. dgl., Laryngitis sicca oder haemorrhagica, weiters Neubildungen, granulierende Ulcerationen Ursache von Blutung bilden. Ähnliche Ursachen, ferner Fremdkörper, Neoplasmen, fibrinöse Entzündungen, Traumen, wie Einatmung ätzender Gase, in selteneren Fällen auch aspirierte Blutegel können Blutung aus Trachea und Bronchien hervorrufen. Schließlich kann auch aus Magen und Oesophagus erbrochenes, in den Lungen aspiriertes und dann expektoriertes Blut Hämoptoe vortäuschen.

Man muß auch daran denken, daß auch aus den Lungen stammendes Blut sich aus der Nase entleeren und fälschlich als Nasenblutung angesehen werden kann. Nicht tuberkulöse Ursachen von Lungenblutung können dargestellt werden durch Fremdkörper, Neoplasmen, Echinokokkus, Aktinomykose, Syphilis. Sekundäre Ursachen von Blutungen aus den Luftwegen können bestehen in Zirkulationsstörungen, Aneurysmen, Arteriosklerose, perforierenden Neubildungen des Oesophagus und des Mediastinum, in Erkrankungen der Leber, der Nieren, in Gravidität, Menstruation, Klimakterium, vikariierender Blutung, weiters in akuten und chronischen Allgemeinkrankheiten, wie Leukämie, Skorbut, Hämophilie, Arthritismus, Podagra, Diabetes, in Infektionen, wie Malaria, Pyämie, Influenza u. dgl., in Intoxikationen, z. B. mit Phosphor, in vasomotorischen Neurosen, Hysterie.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zum Schluß bespricht Verfasser die Diagnose der Ursache und der Quelle der Blutung. Dazu dient die Anamnese betreffend Husten, Aspiration von der Nase oder dem Nasenrachen, die Qualität und die Quantität des Blutes und die Zeit des Auftretens der Blutung. Blutspucken ausschließlich in den Morgenstunden gleich nach dem Erwachen spricht für die Herkunft aus der Nasenrachenhöhle; wenn dabei das Blut rein, ohne Schleimbeimengungen ist und das Polster sich verblutet zeigt, so spricht das für das Zahnfleisch oder die Zähne als Blutungsquelle. Das zeitliche Verhältnis zwischen Erbrechen und Blutauswurf und die Farbe des Blutes geben weitere diagnostische Anhaltspunkte. Mit schwarzem, schmutzigem Blut vermengte Schleimhautflocken sprechen für die Herkunft aus dem Nasenrachenraum. Die physikalische Untersuchung der Lungen und die morphologische und mikroskopische Untersuchung des Sputums — auf Gegenwart von Pharyngeal- oder Alveolarepithelien — können gleichfalls diagnostische Aufklärung bieten.

Die einzig sichere Auskunft über den Ursprung einer Blutung kann nur durch die Auffindung der blutenden Stelle bei der Inspektion geliefert werden. Nur wenn trotz wiederholter genauer Untersuchung der oberen Luftwege während der Blutung ein negatives Resultat sich ergibt, kann die Lunge als Ausgangspunkt angenommen werden. Ist die blutende Stelle aufgefunden, dann muß nach der Ursache gefahndet und festgestellt werden, ob eine lokale Veränderung vorhanden oder ob die Blutung der Ausdruck einer Erkrankung eines anderen Organs oder einer Allgemeinerkrankung ist.

Je nach der gefundenen Ursache ist auch die Behandlung — eine lokale oder eine allgemeine — einzurichten. Spira.

Über die Urochromogen- oder Permanganreaktion und ihre Bedeutung für die Prognose der Lungentuberkulose. Von Kurt Klare. (Intern. Zbl. f. Tbc.-Forschung. Jg. 11. 1917. S. 306.)

Die Urochromogenreaktion wurde von M. Weiss angegeben. Technik: Man gibt in ein Reagenzglas 1/3 Urin, verdünnt mit drei Teilen Wasser, schüttelt und verteilt diese Mischung in zwei Reagenzgläser. Der einen Hälfte fügt man 2—3 Tropfen einer 1%igen Kalium permanganicum-Lösung zu. Bei positivem Ausfall zeigt der verdünnte Urin eine deutlich gelbe Färbung. Die Urochromogenausscheidung ist nach Weiss die Folge einer Toxämie durch die Toxine des Tuberkelbacillus. Die Angaben von Weiss konnte Klare auf Grund seiner Untersuchungen bestätigen und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Urochromogenreaktion ist in der Prognose der Diazoreaktion vorzuziehen, da die Urochromogenreaktion empfindlicher ist. 2. Der konstante positive Ausfall der Reaktion ist als Folge einer Toxämie durch Toxine des Tuberkelbacillus aufzufassen und deshalb prognostisch ungünstig zu bewerten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Je geringer die Tropfenzahl Kalium permanganicum, die zum Auslösen der positiven Reaktion notwendig ist, um so ungünstiger die Prognose.

Vollbracht, Wien.

Über kombinierte Behandlung der Lungentuberkulose. Strahlentherapie und spezifische Therapie. Von W. Müller. (Beitr z. Klinik d. Tbc. 39. H. 2. S. 145.)

Müller kombinierte bei der Behandlung der Tuberkulose Injektionen von Partialantigenen mit Röntgenstrahlen und Höhensonnenbehandlung mit gutem Erfolge und konnte bei klinischer Besserung stets Steigerung der Partialreaktivität nachweisen. Müller kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Sowohl die einfache Röntgenbestrahlung als auch die einfache Bestrahlung mit Höhensonne vermögen eine gewaltige Steigerung der gesamten Partialreaktivität bei Lungentuberkulose zu erzeugen. Die Strahlentherapie ist demnach unter allen spezifischen Heilfaktoren der Tuberkulose an erster Stelle zu nennen. 2. Die kombinierte Therapie bewirkt eine Verbesserung der Tuberkuloseimmunität, wie sie durch keine andere Therapie bisher erreicht worden ist. 3. Die kombinierte Therapie steigert, wenn sie als Bestrahlungskomponente die Röntgenbestrahlung enthält, vor allem die Fettsäurelipoidreaktivität, und wenn sie mit künstlicher Höhensonnenbestrahlung verbunden ist, die Nastinreaktivität. Daraus ergibt sich als wichtigste Schlußfolgerung, daß die Strahlentherapie mit Röntgenlicht und künstlicher Höhensonne einen integrierenden Bestandteil der Therapie der Lungentuberkulose bilden muß.

Vollbracht, Wien.

II. Nase und Nebenhöhlen.

Die Entstehung des dritten Stadiums der Rhinitis luetica neonatorum. Von Else Koch. (Mschr. f. Kindhlk. 13. 1916. S. 258.)

Autor unterscheidet mit Hochsinger vier Stadien:

1. Hyperplasie, betrifft anfänglich nur die vordere Nase, namentlich untere Muschel.
2. Eitrige Sekretion.
3. Exulceration, Erosion der Epithelschichte, gelegentlich sogar mit Übergreifen auf Knorpel und Knochen.
4. Difformierung.

Beschreibung zweier Fälle, bei welchen bei bereits bestehendem 1. Stadium durch Hinzutreten einer harmlosen Influenza eine in beiden Fällen letal endende Erkrankung in Form von Sepsis entstand. Ist der Ausgang nicht letal, so kommt es bei Ergriffensein nur oberflächlicher Schleimhautpartien entweder zur Atrophie der Schleimhaut und Erweiterung des Nasenlumens oder durch Bildung von Verwachsungen zur Obliteration des Naseninneren. Besonderes Gewicht legt Verfasser darauf,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daß durch Hinzutreten einer Sekundärinfektion, z. B. Influenza, aus dem hyperplastischen das ulcerative Stadium entsteht, welches leicht zu Exitus letalis führt. Das Entstehen von Sepsis in einem solchen Fall erklärt sich durch das ausgedehnte Entblößtsein von Epithel. Walther Weiss.

III. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse.

Über einen Fall von tödlicher Blutung aus der Arteria lingualis im Anschluß an Galvanokaustik am Zungengrund. Von Dr. Raaflaub. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 101. H. 4. 1918.)

Die Blutung ereignete sich bei einem Falle von wahrscheinlich tuberkulösen Infiltraten und war trotz sofort unternommenen Gegenmaßregeln nicht aufzuhalten. Der Tod erfolgte durch Blutaspiration in die Lungen.

Leidler.

Aus Hypophysengewebe bestehender retropharyngealer Tumor. Von Frithjof Leegaard, Kristiania. (Aus der Ohren-Kehlkopfabteilung des Reichshospitals zu Kristiania [dirig. Arzt: Prof. V. Uchermann] und dem pathologisch-anatomischen Institut daselbst [Vorsteher: Prof. Dr. Fr. Harbitz].) (Nordisk Tidskrift för Oto-Rhino-Laryngologi. 2. Nr. 2 u. 3.)

Beschreibung des Falles. Es wurden keine krankhaften Veränderungen oder Erscheinungen, die auf eine Störung der Hypophysentätigkeit schließen ließen, beobachtet. Ernst Urbantschitsch.

Die venösen Wundernetze des Hypopharynx. Anatomischer Teil von Priv.-Doz. Dr. C. Elze, 1. Prosektor am anatomischen Institut, klinischer Teil von Priv.-Doz. Dr. K. Beck, 1. Assistent der Klinik. Mit 4 Abbildungen. (Aus dem anatomischen Institut und der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke in Heidelberg.) (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. d. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Aus den Untersuchungen der Autoren geht hervor, daß der Wulst an der Oesophagushinterwand, den jeder Oesophagoskopiker gesehen hat, zweifellos nichts anderes ist, als das Wundernetz Elzes und identisch mit dem, was Killian Lippe des Oesophagusmundes genannt hat.

Ernst Urbantschitsch.

IV. Kehlkopf.

Die Bedeutung der Kehlkopftuberkulose bei der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Behandlung in Tuberkulosehäusern. Von Friedrich, Kiel. (D. m. W. 1918. Nr. 39.)

Friedrich weist an der Hand von Sektionsfällen nach, daß fast ein Drittel aller Tuberkulösen an Larynxtuberkulose leidet. Dieser hohe Prozentsatz läßt keinen Zweifel aufkommen, daß die Larynxtuberkulose unter den Miterkrankungen der Lungentuberkulose an erster Stelle steht. Entgegen der Tatsache, daß der Auswurf der Kehlkopftuberkulösen in erheblich höherem Maße bazillenhaltig ist als der bloß Lungenkranker, was solche Kranken zu einer schweren Gefahr für die Umgebung macht, muß konstatiert werden, daß die Bedeutung der Erkrankung der oberen Luftwege nicht jene Beachtung findet, welche dieselbe verdient! Viel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fach hält man auch die Behandlung der Larynxtuberkulose für aussichtslos. Demgegenüber sagt Friedrich, die Kehlkopftuberkulose bedarf als häufigste Komplikation der Lungentuberkulose der Tuberkulosenärzte. Die Kehlkopftuberkulose ist in leichten und mittelschweren Fällen durch lokale Behandlung heilbar, die schweren Fälle sind besserungsfähig. Jede Kehlkopftuberkulose muß lokal behandelt werden, da eine unbehandelte Kehlkopftuberkulose bloß durch allgemeine Maßnahmen nicht heilbar ist, sondern sicher zum Ende führt. Die Fürsorge für die Kehlkopftuberkulose hat bereits dort zu beginnen, wo die frühesten Fälle von Lungentuberkulose zur Untersuchung kommen. Unbedingt nötig ist sachgemäße Schulung der Fürsorge- und Tuberkuloseärzte, auch soll Laryngologie Prüfungsgegenstand sein! Seine Ansichten und eindringlichen Mahnungen faßt Friedrich in folgenden Richtlinien zusammen: 1. Die heilbaren und besserungsfähigen Fälle von Larynxtuberkulose sind einer geeigneten Anstaltsbehandlung zuzuführen. 2. Jene Fälle von Larynxtuberkulose, welche außerhalb der gesetzlichen Krankenfürsorge stehen, sind als schwerste Infektionsträger aus ihrer Umgebung zu entfernen, damit dieselben, in Anstalten, Heimstätten, ländlichen Kolonien untergebracht, einer sachgemäßen Pflege und Behandlung zugeführt werden können.

Vollbracht, Wien.

Über einen Fall von kongenitaler partieller Verwachsung der Stimmbänder. Von Gertrud Himmelreicher. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 101. H. 3. 1917.)

Fall von angeborener Verwachsung beider Stimmbänder im Bereiche der vorderen zwei Drittel, bei einem 4jährigen Kinde endoskopisch festgestellt. Der Fall wird in Beziehung zu den Fällen von angeborener Diaphragmabildung gebracht und auf Grund von histologischen Untersuchungen am embryonalen Kehlkopf festgestellt, daß es sich bei diesen Fällen um eine angeborene Hemmungsbildung handelt. Leidler.

Angeborenes Diaphragma der Glottis. Von C. v. Eicken. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 101. H. 4. 1918.)

Ein ähnlicher Fall wie der von Himmelreicher in Bd. 101, H. 3, dieses Archivs. Es handelte sich um eine dünne Membran, welche die vordere Hälfte der Glottis des damals zirka 3jährigen Kindes verschloß und stets, besonders aber bei Erkältungen, Heiserkeit und Atemnot verursachte. Nach Spaltung der Membran in Narkose in Schwebelaryngoskopie erfolgte vollständige Heilung. Leidler.

V. Trachea, Bronchien, Oesophagus.

Beitrag zur komplizierten Verletzung der Speiseröhre durch Fremdkörper mit besonderer Berücksichtigung der tödlichen Fälle. Von Rudolf Martin. (Aus der chirurgischen Abteilung und der Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrank-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

heiten des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt.) (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. sw. d. angr. Geb. 102. H. 1/2.)

Mitteilung von drei einschlägigen Fällen unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden Literatur. Ernst Urbantschitsch.

Fall von einem Fremdkörper (Ähre) in den Atmungswegen. Von L. Wisniewski, Jadow. (Medycyna i Kronika Lekarska. 1917. Nr. 24.)

Vor 10 Wochen begann das dreijährige Kind unter Appetitlosigkeit und schlechtem Aussehen zu fiebern und zu husten. Nach 6 Wochen warf das Kind eines Tages unter starkem Husten eine mit fötidem Eiter umgebene Kornähre aus. Seit damals Besserung. Doch besteht noch erhöhte Temperatur (38°), Husten, Drüsenschwellung am Hals und in der Leistengegend. Unter dem rechten Schulterblatt Dämpfung des Perkussionsschalles, bronchiales Atmen und Rasselgeräusche.

Man muß annehmen, daß eine in die Luftwege gelangte Ähre einen entzündlichen Prozeß im rechten Unterlappen hervorgerufen hat. Nach Entfernung der Ursache sind daselbst noch Veränderungen zurückgeblieben, die vermutlich längere Zeit zur Heilung bedürfen. Auffallend erscheint, daß niemand von der Umgebung des Kindes die Aspiration des Fremdkörpers beobachtet, noch etwas davon gewußt hat. Spira.

VI. Hals, Schilddrüse, Thymus, Mediastinum.

Beiträge zur Klinik und Behandlung der Thymushyperplasie bei Kindern. Von W. Birk. (Mschr. f. Kindhlk. 14. 1918. S. 363.)

Verfasser betont, daß die experimentelle Thymusforschung viel weiter vorgeschritten sei als die klinische. Schuld daran ist hauptsächlich der Umstand, daß zwei ganz verschiedene Begriffe, nämlich Thymushyperplasie und Status thymicolymphaticus, meistens zusammengeworfen werden. Der Status thymicolymphaticus stellt eine Systemerkrankung dar, die Thymusvergrößerung ist nur eines der Symptome, daneben besteht noch eine Vergrößerung der Zungengrund- und Darmfollikel sowie der Tonsillen. Er ist nicht angeboren, sondern hängt mit übermäßiger Ernährung zusammen und macht sich daher bei Säuglingen meist im zweiten Lebenshalbjahr bemerkbar. Ein etwa eintretender plötzlicher Tod ist ein reiner Herztod, keine Erstickung. Therapeutisch kommt bei Status thymicolymphaticus nur eine Änderung beziehungsweise Einschränkung der Ernährung in Frage, chirurgische Eingriffe und Röntgenbestrahlung sind kontraindiziert. Die einfache Thymushyperplasie stellt dagegen eine Erkrankung sui generis vor, die bereits im fötalen Leben entstand, also angeboren ist. Konstitution und Ernährung haben nichts mit ihr zu tun — es handelt sich in erster Linie um eine Vergrößerung der Drüse, die sowohl perkutorisch als auch im Röntgenbild nachzuweisen ist. Der Tod in so einem Falle ist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein ausgesprochener Erstickungstod. Die Luftröhre ist bereits in ihrer fötalen Anlage durch den Druck der hyperplastischen Thymus geschädigt, der Obduktionsbefund ergibt meist eine Erweichung und demgemäße Kompression bzw. Formveränderung der Trachea. Die Therapie ist bei Thymushyperplasie eine chirurgische oder Röntgenbehandlung. Die Bestrahlung liefert jedoch die besseren Resultate. Schon nach wenigen Bestrahlungen kommt es zur deutlichen Verkleinerung der Drüse, ab und zu sieht man später eine Regeneration Platz greifen, die aber ohne Schaden für den Patienten bleibt. Die Symptomentrias sind Stridor, Dämpfung und Röntgenschatten. Die Dämpfung liegt hauptsächlich parasternal und füllt den Winkel zwischen linkem Brustbeinrand und linker Herzgrenze aus, sie kann jedoch auch über den rechten Brustbeinrand hinausgehen und nach oben bis an das Schlüsselbein reichen. Weitere Symptome sind Erstickungsanfälle, Dysphagie und Lymphozytose. In einem Falle ließ sich ein familiäres Auftreten der Thymushyperplasie beobachten.

Walther Weiss.

VII. Stimme und Sprache.

Behandlung psychogener Stimmstörungen im Feldlazarett. Von Priv.-Doz. Doktor Alfred Brüggemann, StA. d. Res. (Zschr. f. Ohrhlk. u. f. Krh. d. ob. Luftw. 77. H. 2 u. 3.)

Verfasser heilte die Stimmstörungen durch Atem- und Sprechübungen in 2—3 Wochen. Er übte diese Methode, da er nicht genügend Zeit hatte, mit Benützung der Faradisation gleich am ersten Tage, um Heilung zu erzwingen. Daß die Übungen zu Erfolg führen, dafür sprechen die Resultate. Was aber die „genügende Zeit" anlangt, möchte Referent entgegenhalten, daß es sich bei der elektrischen Methode, die er selber ja für solche Fälle zuerst empfohlen hat, meist nur um eine Behandlungsdauer von 1—3 Minuten handelt, eine Zeit, die jedenfalls kürzer ist, als die der Übungen.

Ernst Urbantschitsch.

Personalien.

Lehrauftrag: Prof. Brüggemann in Gießen erhielt einen militärärztlichen Lehrauftrag für Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Dorpat für die Zeit vom 1. September bis 31. Dezember 1919.

Verliehen: Dr. Blumenfeld in Wiesbaden erhielt den Titel Professor

Vertretung: Prof. A. Zimmermann, Oberarzt der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Halle a. S., wurde vom preußischen Kultusministerium mit der Vertretung des erkrankten Geheimrates Prof. Friedrich an der Universitäts-Ohren-Kehlkopfklinik in Kiel betraut.

Ernannt: Prof. Dr. Manasse in Straßburg i. E. zum Ordinarius.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang 8. Heft
(August)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b
WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919

Monatlich erscheint 1 Heft
Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. etologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr. **Ernst Urbantschitsch,** *Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* **H. Marschik,** *Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis

Laryngo-Rhinologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Paul Heymann zum 70. Geburtstag 489
Dr. Heinrich Wirgler-Wien: Ein Osteom des Siebbeines 493

Vereinsberichte

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft. Sitzung vom 4. Juni 1919. (Fortsetzung und Schluß) 495

Bücherbesprechungen.

Dr. G. Panconcelli-Calzia-Hamburg: Einführung in die angewandte Phonetik 510

Referate

Allgemeines 511

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

SUPRARENIN

(o-Dioxyphenyläthanolmethylamin)

Mächtiges,

Adstringens Hämostatikum Kardiotonikum

Eigenschaften:

Chemisch rein, gut haltbar, zuverlässig, konstant wirksam.

Indikationen und Dosierung:

INJEKTIONEN: Zusatz zu Lokalanästhetieis; Blutungen, toxische Blutdrucksenkung, Kollaps, Asthma, Osteomalazie usw.
0,05—1 ccm der Solutio 1:1000—10000.

INTERN: Interne Blutungen, bazilläre Dysenterie, Vomitus gravidarum, Pertussis, Urticaria usw.
1—4 ccm der Solutio 1:1000 bzw. 1—4 Tabletten zu 1 mg.

EXTERN: Lokale Blutungen und Entzündungen, Tubenkatarrh und blutende Mittelohrpolypen, Nebenhöhlenempyem, Epistaxis, Heufieber, Pruritus, Ekzeme. Bei Asthma als Inhalationsspray. Ferner zur diagnostischen Abschwellung.
1:1000—10000 als Lösung, Salbe, Schnupfpulver, Spray.

Originalpackungen:

LÖSUNG 1:1000. Flaschen mit 5, 10 u. 25 ccm. 10 Ampullen zu 0,5 bezw. 1 ccm.

TABLETTEN 1 mg. Röhrchen mit 20 Stück.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 8. Heft.

Nachdruck verboten.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Paul Heymann zum 70. Geburtstag.

Am 7. März d. J. hat der Altmeister der Laryngologie Paul Heymann die Erreichung jenes Alters gefeiert, das dem Menschen nach der heiligen Schrift als Durchschnittsalter zukommt. Doch ach, wie Wenige erreichen es, wie Wenige vor allem unseres Standes sehen diesen Tag, wie Wenige zumal in solcher Rüstigkeit und Frische, wie die Gratulanten Paul Heymanns bewundern konnten, als sie sich am 7. März mit ihren Glückwünschen bei dem Geburtstagskind einfanden. Chiari und Koschier, zwei hervorragende Vertreter der Wiener Schule, sanken vorzeitig ins Grab, und erst vor kurzem gaben wir Wilhelm Roth, einem liebenswürdigen Menschen, einem stets mit dem Fortschritt seiner Wissenschaft gehenden Laryngologen, das Geleit zu seiner letzten Ruhestätte. Paul Heymann war mir von dem Tag des Jahres 1908 an, als er mich bei einem meiner Ärztekurse unbemerkt ausspionierte, um mir dann wohlwollend auf die Schulter zu klopfen, über die Zeit des Berliner Kongresses 1911, als er mich zu einem Ausflug nach Wiesbaden zu seinem Schüler Hirschland mitnahm, bis heute ein väterlich teilnahmsvoller Freund gewesen, und wie ich herzlich bedauerte, ihm meine Glückwünsche nicht persönlich überbringen zu können, so wird er mir auch die Verzögerung dieses Artikels zugute halten, die durch die Überbelastung meiner freien Zeit als interimistischer Leiter der durch Chiaris Tod verwaisten Klinik zustande kam.

Paul Heymann ist am 7. März 1849 zu Pankow bei Berlin als der Sohn eines angesehenen und vielbeschäftigten Berliner Arztes geboren, studierte zunächst in Heidelberg, wo er als Schüler Wilhelm Kühnes seine erste wissenschaftliche Arbeit („Über das Vorkommen von Hypoxanthin im normalen Knochenmark", 1873) anfertigte. Sodann ging er nach Berlin und schloß sich besonders an Ludwig Traube an, bei dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er auch Unterassistent wurde. Aus Traubes Klinik stammt auch seine Doktorarbeit „Über Aorteninsuffizienz bei Aneurysma sinus Valsalvae". Nach kurzem Aufenthalt bei Preyer, Nothnagel in Jena, Friedreich in Heidelberg kam er nach Wien, wo er sich in allen praktischen Fächern fortbildete, bald aber vornehmlich bei Stoerk der Laryngologie zuwendete, aus dessen klinischem Ambulatorium eine interessante Arbeit über die Beeinflussung der oberen Luftwege durch Wirbelveränderungen hervorging. Obwohl also hauptsächlich Stoerk, bei dem er schließlich auch Assistent wurde, sein Lehrer genannt werden muß, hat er auch bei Schrötter, Schnitzler und Catti sich in dem Spezialfach ausgebildet und gearbeitet. Nachdem er noch in Prag bei Zaufal dessen damals veröffentlichte Methode der Nasenuntersuchung studiert, auch bei Ziemssen in München gearbeitet hatte, ging er auf längere Zeit nach Tübingen zu dem berühmten und als Schöpfer der endolaryngealen Operation bekannten Laryngo-Chirurgen Viktor v. Bruns, der damals ein reiches laryngologisches Material aus ganz Europa vereinigt hatte.

Im Jahre 1878 ließ er sich endlich als Spezialarzt für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin nieder und erwarb bald eine ausgedehnte und angesehene Praxis. Trotzdem hörte er nicht auf, sich wissenschaftlich weiter zu bilden; er hörte Physik bei Helmholtz, arbeitete Anatomie bei Waldeyer, Ohrenheilkunde bei Kessel (Jena) und ging nach Utrecht, um unter Zwaardemakers Leitung über Experimentalphysiologie des Geruchsorgans zu arbeiten. Im Jahre 1884 eröffnete er eine noch jetzt bestehende Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten, die sich bald lebhaften Zuspruchs erfreute und ihm vor allem die Möglichkeit gab, Vorlesungen zu halten und zahlreiche Schüler heranzubilden. Ein Teil dieser Schüler hat sich ihrerseits in der Wissenschaft einen angesehenen Namen erworben und ist zurzeit als Lehrer des Faches tätig. Im Jahre 1893 habilitierte er sich für Laryngo-Rhinologie an der Berliner Universität, 1899 wurde ihm der Professortitel verliehen, 1910 wurde er zum Geheimen Sanitätsrat ernannt.

Heymanns wissenschaftliches Lebenswerk ist universell, von seltener Reichhaltigkeit und Produktivität und vorderhand gar nicht genau zu übersehen. Soweit ich von seinen Schülern ermitteln konnte, reicht seine publizistische Tätigkeit im Spezialfach vom Jahre 1877 bis heute, und kaum ein Jahr dieser langen Reihe verging, wo nicht eine Arbeit aus seiner Feder erschien. Er hat zu fast allen laryngo-rhinologischen Fragen Stellung genommen. Außerstande, seine wissenschaftliche Tätigkeit angemessen zu würdigen, möchte ich mich darauf beschränken, einige seiner Arbeiten hervorzuheben, wobei ich mich dabei an den warmherzlichen Festartikel G. Finders in der Märznummer der Berliner klinischen Wochen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schrift halte. Ich nenne seine Arbeiten über „Verwachsungen von Gaumen- und Rachenwand", „Über die Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes", über Cocain, über Septumdeviation und -operation, über „Frakturen der Kehlkopfsknorpel", über Heufieber, Themen, zu denen er nicht nur einmal das Wort ergriffen hat; ferner eine in Virchows Archiv erschienene Publikation über die gutartigen Geschwülste der Highmorshöhle, „Zur Tracheotomie bei Larynxphthise", über Perichondritis, „Zur Morphologie des mittleren Nasengangs" (mit G. Ritter), zur Kenntnis des primären Carcinoms der Luftröhre usw. usw.

War er durch diese Einzelarbeiten schon lange in der Fachwelt geachtet und bekannt geworden, so hat er durch die Herausgabe seines berühmten Handbuches der Laryngologie und Rhinologie (Wien 1898 bei Hölder), das diese junge aufstrebende Wissenschaft schon lange entbehrt und ersehnt hatte, seinen Namen weit über diese Grenzen hinaus in der ganzen medizinischen Welt und auch im Ausland bekannt gemacht und sich den unauslöschlichen Dank der Fachärzte gesichert. Was dieses Handbuch bedeutet, darüber braucht kein Laryngologe befragt noch belehrt zu werden: es ist nicht nur ein unentbehrliches Quellen- und Nachschlagewerk geworden, die „Operationsbasis" für jede größere wissenschaftliche Arbeit, sondern auch vermöge der Namen, die als Autoren es zieren, und mancher klassischer, bis heute nicht überholter Artikel von unvergänglichem, historischem Wert. Die hervorragendsten Vertreter des Spezialfaches und nicht nur des Inlandes hat er zu Mitarbeitern gewonnen. Wir nennen B. Fränkel, Zuckerkandl, Felix Semon, Schech, Hajek, Jurasz, Chiari, P. v. Bruns, Killian, Gerhardt u. a. Die Bearbeitung einer ganzen Reihe von Artikeln hatte Heymann sich vorbehalten, lauter Themen, die ihn seit jeher interessiert hatten. Zunächst die mit seinem Schüler Kronenberg gemeinsam bearbeitete „Geschichte der Laryngologie und Rhinologie", dann die „Histologie der Schleimhaut des Kehlkopfs und der Luftröhre", „Die katarrhalische Erkrankung des Kehlkopfs und der Luftröhre", „Die Verengerungen und Verwachsungen des Rachens und des Nasenrachenraumes", „Die gutartigen Geschwülste der Nase", Artikel, aus denen ebenso umfassendes Wissen wie persönliche Erfahrung, Liebe zum Stoff und Thema wie Klarheit der Diktion spricht.

Es konnte nicht fehlen, daß Heymann nach dem außerordentlichen Erfolg seines Handbuches von allen Seiten Anträge zur Übernahme von Artikeln in anderen Sammelwerken zugingen; so hat er außerdem noch „Die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie" für das Handbuch der Geschichte der Medizin von Neuburger und Pagel bearbeitet, „Lokale Anästhesie (Hals und Nase)" für das Handbuch der speziellen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege von Katz-Preysing-Blumenfeld, „Über Nasenbluten" und „Die Absonderungen und Ausscheidungen aus der Nase" für die Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts von Leyden und Klemperer, die Abschnitte „Nasensyphilis, Kehlkopfsyphilis, Rachensyphilis" für Lessers Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, die Abschnitte über „Rachengeschwülste, adenoide Vegetationen, Tonsillen, Tonsillotomie etc. etc." in Kochers und de Quervains Enzyklopädie der gesamten Chirurgie.

Dazu kommen nach zahlreiche Nachrufe und Personalartikel (über Stoerk, Schrötter, Zuckerkandl u. v. a.) sowie Artikel über Tagesfragen der Laryngo-Rhinologie („Manuel Garcia und die Erfindung des Kehlkopfspiegels", „Bemerkungen zur Prioritätsfrage Türck-Czermak" u. a.), Beschreibungen von neuen Instrumenten seiner Erfindung usw. Zusammen mit Chiari und G. Finder war er unter den Verfechtern der „reinen" Laryngologie und hat sich für die von Chiari auf dem letzten Deutschen Laryngologentag Kiel 1914 herausgebrachte Resolution für die Scheidung der beiden Spezialfächer Laryngo-Rhinologie und Otologie eingesetzt. Auch unsere Monatsschrift, deren Mitarbeiter er ist, verdankt ihm manchen wertvollen Beitrag (darunter den höchst interessanten Artikel über einseitige Erkrankung des Stimmbandes, 1913), er ist ihr bis heute treu geblieben, und mit dem Danke für seine bisherige Mitarbeit erlaubt sich die noch in der aufsteigenden Linie befindliche Zeitschrift die zuversichtliche Erwartung auszusprechen, noch manchen Beitrag aus des Altmeisters Feder zu erhalten.

Hand in Hand mit dieser reichen publizistischen Tätigkeit ging eine ebenso reiche Tätigkeit in Kongressen und Gesellschaften. Er gehört zu den Gründern der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin und des Vereins Deutscher Laryngologen, war häufig und gern gesehener Teilnehmer der Deutschen Naturforscher- und Ärzteversammlung und war bei dieser sowie bei allen internationalen Kongressen als Vorsitzender an der Leitung der Verhandlungen beteiligt. An den Vorbereitungen zum III. Internationalen Laryngo-Rhinologenkongreß zu Berlin im Jahre 1911 hat er sehr tätigen Anteil genommen und die mit dem Kongreß verbundene Ausstellung organisiert, die sich bekanntlich eines besonderen Interesses aller Besucher erfreute. Er ist Ehrenmitglied der Laryngologischen Gesellschaft in Wien (derzeit das älteste), der Laryngo-Otologischen Gesellschaft in München, der Laryngologischen Gesellschaft in Berlin, der Società italiana di laryngologia etc. und dreier russischer spezialistischer Vereinigungen, korrespondierendes Mitglied der Gesellschaft der Ärzte in Budapest und der American Laryngological Association. Seit Kriegsausbruch hat er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich in den Dienst des Vaterlandes gestellt und ist als militärischer Fachbeirat tätig.

In diesem seinen Ehrenjahr wurde ihm die Freude, zwei seiner Schüler, R. Hoffmann (Dresden) als Vorsitzenden des Vereins Deutscher Laryngologen und Kronenberg (Solingen) als Vorsitzenden der Vereinigung westdeutscher Hals- und Nasenärzte gewählt zu sehen. Endlich wird ihm mit der Ernennung zum Ehrenmitglied und der Wahl zum 1. Vorsitzenden der Berliner laryngologischen Gesellschaft die Krönung seines Lebenswerkes und der äußere Ausdruck der Liebe und Wertschätzung, die er in der wissenschaftlichen Welt genießt, aber auch des Danks und der Anerkennung für sein förderndes Wirken in der Berliner Fachgesellschaft.

So blickt Paul Heymann auf ein reiches Leben zurück, voll Arbeit und Erfolg, auf Schüler und Freunde, die ihm in Verehrung und Liebe anhängen, aber er blickt auch vorwärts in die Zukunft, und mit G. Finder wünschen und hoffen wir, daß ihm seine Arbeitsfreudigkeit und die Frische und Elastizität seines Geistes noch recht lange erhalten bleiben mögen!

Marschik.

Aus der Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke des Garnisonsspitals Nr. 1 in Wien (Vorstand: Prof. Biehl).

Ein Osteom des Siebbeines.

Von Dr. **Heinrich Wirgler.**

Die außerordentliche Seltenheit dieser Geschwulstbildungen veranlaßt mich, nachstehende Krankengeschichte bekanntzugeben:

K. J., 20 Jahre alt, wurde im Januar 1918 durch Hufschlag auf das linke Auge verletzt. Genauere Angaben über die Verletzung liegen nicht vor, doch scheint sie leichterer Natur gewesen zu sein, da der Pat. nach einer Woche Behandlung wieder dienstfähig erklärt worden war. Im Januar 1919 entwickelte sich innerhalb weniger Tage ein verhältnismäßig rasch zunehmender Exophthalmus des linken Auges, weshalb er vom Arzt in das Garnisonsspital gewiesen wurde.

Befund: Linker Bulbus stark vorgetrieben, nach unten außen verdrängt; Augenbewegungen nach allen Richtungen frei. Ober dem inneren Augenwinkel unter der etwas ödematösen Haut ein vom Augenbrauenrand ausgehendes, hartes, anscheinend knöchernes Gebilde tastbar, welches den Augapfel nach außen und unten vordrängt; die Nasenscheidewand ist hochgradig nach rechts ausgebaucht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund der Augenabteilung: Sehschärfe rechts 6/6, links 6/24, Fundus rechts normal, linke Papille unscharf begrenzt, Gefäße geschlängelt.

Das Röntgenbild zeigt eine walnußgroße, knöcherne, an der Oberfläche höckerige Geschwulst, die vom linken Siebbein ausgeht, der ganzen Orbitalwand anliegt, nach rückwärts sich bis zum Sinus sphenoidalis erstreckt und zum unteren inneren Orbitalrand einen dichteren Zapfen aussendet.

Auf Grund dieses Befundes wurde die Diagnose Knochentumor, anscheinend Sarkom gestellt.

24. I. 1919. Operation in Lokalanästhesie: Durch einen Bogenschnitt im inneren Augenwinkel und Ablösen der Periorbita vom Tumor wird derselbe freigelegt und durch Ummeißeln seiner Basis entsprechend der Lamina papyracea entfernt. Die vorderen, mittleren und hinteren Siebbeinzellen sind mit Eiter erfüllt und werden entfernt; ebenso der Boden der mit Eiter erfüllten Stirnhöhle. Primäre Naht der Hautwunde und Drainage durch die Nase.

28. I. Verbandwechsel; Wunde per primam geheilt, mäßiges Ödem des oberen Lides; aus der Nase geringe Sekretion.

4. II. Temperatur 39,4°; erysipelatöse Schwellung und Rötung des oberen Lides als Folge eines Kratzeffekts.

10. II. Das Erysipel abgeheilt, die Temperatur bleibt infolge Auftretens einer schweren Pleuropneumonie auf 39°.

15. II. Exitus letalis.

Der unerwartet rasche Tod fand hinreichend seine Erklärung im Obduktionsbefund; es hatte sich um einen mit chronischer Tuberkulose beider Lungen mit Kavernenbildung behafteten Organismus gehandelt, der einer frischen Exacerbation unter Bildung von multiplen bronchopneumonischen Herden und pleuritischem Exsudat rasch erlegen war.

Die histologische Untersuchung des entfernten Tumors stellte seinen Charakter als Osteom zweifellos fest. Er hatte die Größe und Form eines kleinen Hühnereies mit grobknolliger Oberfläche. Spongiöse, aber immerhin feste und harte Masse umschloß einen in der Längsachse verlaufenden, zylindrischen, $^1/_2$ *cm* im Durchmesser betragenden, elfenbeinartigen Kern.

Demnach ist dieser Fall in die Reihe jener wenigen bisher beschriebenen Osteome der Nase und ihrer Nebenhöhlen einzugliedern, die schon durch äußere Merkmale als solche charakterisiert sind; sie stellen ovoide, unregelmäßige Gebilde dar, meist mit lappiger oder knolliger Oberfläche; ihre Größe schwankt zwischen Walnuß- und Gänseeigröße. Die Verbindung mit dem Mutterboden — was bei vorliegendem Fall nicht zutrifft — besteht teils aus einem knöchernen Stiel, teils nur aus Bindegewebe und Schleimhaut. In den meisten Fällen liegt die Geschwulst

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ohne jeden Zusammenhang frei in der Höhle. Bemerkenswert ist das langsame, aber unaufhaltsame Wachstum.

Über die Entstehung bestehen zahlreiche Ansichten; einige betrachten sie als eigentliche Exostosen, andere führen sie auf aus der fötalen Entwicklung noch vorhandene Knorpelreste zurück, wieder andere geben ein stattgehabtes Trauma als auslösendes Moment an. Tatsache ist, daß ein solches im vorliegenden Falle ärztlich festgestellt wurde.

Vereinsberichte.

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Juni 1919.

(Fortsetzung und Schluß.)

VII. Hr. Hugo Stern: **Zur Frage der postoperativen Stimmlippenschädigungen nach Kropfoperationen.**

An der Hand eines Falles, den ich vorstelle resp. zur Diskussion stelle, seien einige Punkte zur Frage der postoperativen Stimmlippenschädigungen nach Kropfoperationen besprochen.

Pat. ist 18 Jahre alt. Die Anamnese ergibt keine Besonderheiten bis auf den Umstand, daß er in den letzten Jahren an Atem- und Schluckbeschwerden litt. Im Jahre 1918 nahmen dieselben stark zu — es handelte sich um eine Struma parenchymatosa — und er wurde deshalb am 13. XI. 1918 auf der II. chirurgischen Abteilung operiert. Vor der Operation soll die Stimme rauh und „belegt" gewesen sein; er selbst gibt an, „Ansätze zum Stottern" gehabt zu haben. (Exstirpation des zirka mannsfaustgroßen, mit einem Zapfen gut zwei Querfinger substernal liegenden, mit der Umgebung stark verwachsenen rechten Seitenlappens sowie des Mittellappens, ebenso des substernal hineinreichenden unteren Anteiles des linken Lappens.) Unmittelbar nach der Operation trat, wie die Krankengeschichte besagt, vollständige Stimmlosigkeit ein und es wurde auf der chirurgischen Station aus diesem Grunde mit einer schweren Läsion, vielleicht gar Durchschneidung beider N. recurrentes gerechnet. Während seines Aufenthaltes auf der chirurgischen Abteilung wurde er wiederholt laryngoskopiert, wobei der Befund lautete: Beiderseits Stimmlippen in Kadaverstellung. Ein späterer Befund besagt: Bei Pat. O. liegt eine beiderseitige Posticuslähmung vor. Glottis auf einen zirka 3 *mm* breiten Spalt reduziert, motorisch weder Erweiterung, noch Verengerung zu erzielen. Letzteres würde einer totalen Recurrenslähmung entsprechen, doch die Stellung der Stimmlippen spricht für vorwiegende Beteiligung des Posticus.

Nach dem Austritt aus der chirurgischen Abteilung (die Wunde war inzwischen per primam glatt geheilt) wurde längere Zeit hindurch, und zwar von Anfang Dezember bis Ende Januar, Faradisation versucht, je-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

doch ohne jeden Erfolg. Der Pat. kam dann Ende Januar in meine Privatbehandlung, weil, wie er sagte, er wegen seiner vollkommenen Stimmlosigkeit ganz verzweifelt war. Bis nun verfüge ich über 16 Fälle von totaler Aphonie bei bestehender Recurrensparese aus verschiedenen Ursachen, worüber an anderer Stelle ausführlich berichtet werden soll. Der klinische Befund (Assistent Dr. Hofer) lautete damals: Recurrensparese beiderseits.

Im Beginne der Stimmbehandlung versagten zunächst die sonst angewendeten Hilfsmittel, wie Kompression des Schildknorpels bei gleichzeitigem Versuch zu phonieren etc., so daß ich mich entschloß, vorläufig von der Therapie, die darauf ausgeht, eine natürliche Stimme zu produzieren, abzusehen und ich schlug nun einen anderen Weg, der mir schon zu wiederholten Malen gut gelang, ein, nämlich die Bildung eines Stimmlippenstimmersatzes, einer sogenannten Taschenlippenstimme resp. -sprache. Die Stimmlosigkeit wirkt nämlich auf manche Individuen, insbesondere auf Neuropathen, äußerst deprimierend und wenn auch die Taschenlippensprache keinen angenehmen und klangvollen Charakter hat, so ist die Erlangung einer solchen Stimme für derartige Pat. doch sehr erstrebenswert. Besser eine derartige Stimme, so meine ich, als gar keine.

Es sei mir gestattet, einige Worte über die Anatomie und Physiologie der Taschenlippen hier zu sagen. Nach Zuckerkandl enthalten die Taschenlippen keine selbständige Muskulatur, sie bilden vielmehr abgerundete, wulstige Leisten (Schleimhautfalten), die reich an Schleimdrüsen und elastischem Gewebe sind. Sie enthalten aber doch Muskulatur, und zwar schräg verlaufende einstrahlende Bündel des Thyreoarytaenoideus externus. Andere Autoren, wie z. B. Rüdinger und Szimanovsky, beschreiben selbständige, in sagittaler Richtung eingestellte Muskelbündel, welche vom lateralen Rande des Aryknorpels ausgehen und an der seitlichen Kante des Epiglottisknorpels inserieren. Die frühere Bezeichnung Taschenband = Ligamentum ventriculare ist mit Recht fallen gelassen worden, weil wir ja im anatomischen Sinne von einem Ligamentum (Band) nur dann sprechen, wenn es sich ausschließlich um ein aus Bindegewebsfasern zusammengesetztes membranartiges Band handelt. Da aber die Taschenlippen neben elastischem Gewebe auch Drüsen und sicher auch Muskeln enthalten, ist der Ausdruck Labium ventriculare gerechtfertigt. Es gab eine Zeit, wo man annahm, daß die Taschenlippen für die Produktion der unteren Töne notwendig seien (Runge, Josef Karl Meyer) und erst Joh. Müller war es, der die Haltlosigkeit dieser Anschauung nachwies; in seinen Experimenten am Versuchskehlkopf zeigte er, daß, wenn die Taschenlippen erhalten waren, die Töne der Stimmlippen stärker waren, als wenn sie fehlten, daß sie also einen Anteil am Mitschwingen und an der Resonanz haben, eine Anschauung, der wir ja auch heute beipflichten.

Nach dieser kleinen Exkursion, die aber, wie ich glaube, zum Verständnis des nun Folgenden notwendig war, kehre ich zum Falle selbst zurück. Die Stimmübungstherapie zwecks Erzielung einer Taschenlippenstimme basiert in erster Linie auf der Voraussetzung, die beabsichtigte Tonbildung dem Vorstellungsvermögen, dem Tonvorstellungsvermögen des Betreffenden einzureihen, denn erst dann kann er daran gehen, diesen Ton praktisch zu erzeugen. Vielfache Versuche haben mir

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nun gezeigt, daß etwa der vorgespielte Klavierton oder ein Stimmgabelton hierzu nicht geeignet sind, sondern daß man nur, falls man sein eigenes Organ schonen will — vorausgesetzt natürlich, daß man über so tiefe Töne verfügt —, nur mit einer Orgel, eventuell einem Harmonium oder der Harmonika nach Urbantschitsch zum Ziele kommt. Ich benütze eine Orgel, und zwar die Subbaßtöne derselben, also solche Töne, die noch eine Oktave unter den Tönen liegen, die ich beim Pat. erzeugen will, und es ist nun interessant zu beobachten, wie gerade durch das Ertönenlassen solcher aus relativ wenigen Schwebungen bestehender Töne (wodurch ein großer Hörkontrast zum Bewußtsein gebracht wird) das Tonvorstellungsvermögen in der gewünschten Weise gefördert wird, und schon nach wenigen Tagen gelingt es, die Taschenlippenstimme zu erzeugen. Dieselbe klingt eigentümlich brummend, rauh und sehr tief, alles leicht erklärlich, da die Taschenlippen ja nur sehr grobe Schwingungen machen können; man spricht deshalb auch von einer Paraphonie und Xenophonie (Raucedo). (Dr. Stern läßt nun den Pat. einiges sprechen.) Man hört bei dem Vorgestellten eine tiefe Stimme um das tiefe (große) es und d herum — ich komme noch darauf zu sprechen —, und wenn man ihn nun bei dieser Stimmgebung laryngoskopiert, so sieht man, daß es sich um eine Stimmbildung handelt, die ausschließlich durch Aktion der Taschenlippen zustande kommt. Eine gewisse Vorsicht möchte ich aber bei derartigen therapeutischen Singübungen anraten. Die Aneinanderlagerung der Taschenlippen erfordert den sogenannten Preßverschluß, dessen Mechanismus sehr leicht Hyperämie, Entzündungserscheinungen sowie starke Sekretion im Larynx erzeugen oder zu unterhalten imstande ist, lauter Umstände, welche die ohnedies vorhandene erschwerte Atmung noch bedeutend zu verschlechtern imstande sind, — also, wie gesagt, eine gewisse Vorsicht ist jedenfalls geboten.

Nachdem ich nun einige Wochen diese Therapie verfolgt habe und die Taschenlippenstimme ziemlich stabilisiert war — in den ersten zwei Wochen der Behandlung kam es immer wieder wenigstens für paar Minuten zur Aphonie —, versuchte ich (das laryngoskopische Spiegelbild wies keinerlei Veränderung auf) die Bildung einer Stimmlippenstimme, wie sie mir schon in früheren Fällen zu bilden gelang. Und es ist nun interessant, daß uns da die theoretischen Untersuchungen und Erkenntnisse auf den richtigen Weg weisen, ich meine nämlich die Untersuchungen über das Verhalten der Stimmlippen bei der Brust- und Falsettstimme. Den Herren sind ja gewiß die Untersuchungen Réthis, Koschlakoffs, Oertels, Katzensteins, Museholds u. a. bekannt, denen zufolge der Hauptunterschied dieser beiden Register darin begründet ist, daß beim Brustregister die Stimmlippen in ihrer ganzen Breite schwingen, während bei der Bildung des Falsetts nur der freie innere Rand schwingt. Von diesen Tatsachen ausgehend, versuche ich also in derartigen Fällen — bis auf eine diesbezügliche Bemerkung meines verehrten Lehrers Hermann Gutzmann, der erwähnt, daß er bei einseitiger Recurrenslähmung mit der Bildung der Falsettstimme beginnt, habe ich in der Literatur keinen sonstigen Hinweis gefunden — immer vorerst, die Falsettstimme erklingen zu lassen, teils indem ich das selbst vorzeige, teils wieder durch das Instrument das Tonvorstellungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vermögen anrege. Auch in diesem Falle war es nach kurzer Zeit von Erfolg begleitet, die Stimme klang vorerst ganz leise, wurde aber nach und nach stärker. Wiederholt vorgenommene laryngoskopische Untersuchungen ergaben nun die ersten deutlichen Bewegungen der wahren Stimmlippen. (Pat. produziert die Falsettstimme.) Man hört einen meist auf das eingestrichene Fis gesungenen Ton.

Ich möchte, meine Herren, nochmals den Gedanken betonen, der dieser meiner Übungstherapie zugrunde liegt: Ermöglichung der ersten Stimmproduktion dadurch, daß man nur einen Teil der Stimmlippenfunktion in Anspruch nimmt, nicht die ganze Breite und — sit venia verbo — Masse des Labium vocale, weil diese Arbeitsleistung mit Rücksicht auf die längere Zeit bestehende Inaktivität offenbar zu schwer ist. Und nun noch einen Gedanken aus der Stimmpädagogik. Die reine Falsettstimme gehört einem Register an, das nur ausnahmsweise bei Sängern Verwendung findet, schon deshalb nicht, weil sie, wie man sagt, „weiblich" klingt und zu wenig „trägt", aber wir wissen andrerseits, daß bei der Bildung derselben Mitbewegungen, Hemmungen und falsche Koordinationen anderer Stimmuskeln stark in den Hintergrund treten. Es gibt daher eine große Anzahl von Gesangspädagogen, die bei ihren Schülern direkt von der Bildung des Falsetts ausgehen. Über die Zweckmäßigkeit dieser Art der Stimmausbildung sei hier nicht weiter gesprochen, sicher ist aber, daß, wenn es, wie der Terminus technicus sagt, gelingt, „das Falsett in das Brustregister hinunterzuziehen", damit ein großer Fortschritt in der Stimmbildung erzielt ist, nämlich die Mischung des Kopf- und Brustregisters, womit die Bildung des Einregisters, ein Ziel, das jeder Sänger anstrebt, erreicht wird.

Um nun zu unserem Falle zurückzukehren, habe ich also versucht, diese Falsettöne in das Brustregister hinunterzuziehen, was bis zu einem gewissen Grade auch gelang, und damit habe ich auch das III. (letzte) Stadium der Therapie erreicht, nämlich die Erzielung von — wenn auch vorläufig schwachen — produzierten Tönen in der Sprechtonhöhe einer annähernd normalen Stimme. Wichtig sind daneben auch Resonanzübungen (nasale und Kopfresonanz), durch welche die produzierte Stimme an Obertönen gewinnt und dadurch erst klangvoller wird, ebenso systematisch durchgeführte Atemübungen. Dabei wird aber, wenigstens derzeit, die Taschenlippenstimme nicht vernachlässigt und die Übungen werden in der Weise vorgenommen, daß immer ein Taschenlippenstimmenton mit einem Brust- (eventuell Falsetton) abwechselt. (Demonstration der Stimme und Sprache des Pat.) Hand in Hand damit bessern sich auch zusehends die Bewegungen der wahren Stimmlippen. Während noch vor 5 Wochen, wo lediglich die Taschenlippenstimme produziert werden konnte, nur die Labia ventricularia außerordentlich starke Adduktionsbewegungen machten, sehen wir nun (Befund Assistent Doktor Schlemmer) sowohl bei der Falsettstimme wie auch bei der Intonation der normalen Stimme deutliche Bewegungen der linken Stimmlippe, geringe der rechten. Es ist vorauszusehen, daß die Stimme im Laufe der Zeit eine wesentliche Besserung noch erfahren wird und damit wird auch die Taschenlippenstimme, die aber derzeit für den Pat. doch noch bequemer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liegt und mit weniger phonischer Luftverschwendung verbunden ist, in Wegfall kommen können.

Nun zur Epikrise des Falles. Daß es sich um keine Durchschneidung der N. recurrentes, wie man ursprünglich meinte, gehandelt haben kann, zeigt der derzeitige laryngoskopische Befund sowie der Stimmstatus des Pat. In Betracht kämen also Verletzung oder Zerrung der Nerven, Hämatombildung beiderseits, Narbenzug, Einschnürung in eine Catgutnaht u. dgl.

Es steht mir natürlich fern, den stimmlichen Erfolg ganz auf das Konto der durchgeführten Stimmübungstherapie zu buchen; wir wissen, daß der N. recurrens zu den empfindlichsten Nerven gehört. Als ich gelegentlich einmal über derartige Fälle mit einem bekannten Wiener Neurologen sprach, machte er fast gleichzeitig mit mir die Bemerkung: „Der Nervus recurrens ist so empfindlich, daß das bloße Anschauen desselben schon eine Verletzung (desselben) zur Folge hat." Andrerseits möchte ich aber doch beim Zugeben jedweder Regenerationsmöglichkeit mit Rücksicht auf die lange Zeit bestehende Aphonie und den sonstigen Verlauf doch den Wert der durchgeführten Stimmübungstherapie nicht unterschätzt wissen und hoffe Sie mit dieser meiner Anschauung in Übereinstimmung. Und noch ein Gesichtspunkt sei hier angeführt. Wenn von dieser oder jener Seite bei derartigen Fällen gesagt wird, daß die Stimme auch spontan eingetreten wäre, so gebe ich das natürlich zu; habe ich doch selbst nach länger bestehender Aphonie das erlebt (ich schließe da Hysterische aus). Aber eines muß man doch in Betracht ziehen: Die Gefahr einer Inaktivitätsatrophie und auch aus diesem Grunde sollte man möglichst bald mit einer systematischen Übungstherapie beginnen.

Es gibt noch eine andere Erklärungsmöglichkeit des Falles, nämlich die, ob es sich nicht um eine sogenannte habituelle Stimmaffektion gehandelt hat. Gutzmann gebührt das Verdienst, der Erste gewesen zu sein, der das Wesen der habituellen Stimmstörungen, die ich bei Gelegenheit in dieser Gesellschaft zur Diskussion stellen möchte, erkannt und beschrieben hat. Es handelt sich um Stimm- resp. Sprachstörungen, wo im Sinne Ehrets zu einer materiell bedingten Schädigung (eventuell Parese) im Anschluß an schmerzhafte Zustände eine Funktionsherabsetzung oder direkt eine (Gewohnheits-)Lähmung hinzukommt, die nicht immer, und wenn, dann auch nur in gewissem Sinne, psychogenen Charakter hat. Aus der Anamnese des Falles haben wir nun gehört — leider fehlt die laryngoskopische Untersuchung —, daß schon ante operationem die Stimme belegt und heiser gewesen sein soll (auch Ansätze zum Stottern, also zu einer Koordinationsstörung waren da), was ja durch die vorhandene Druckwirkung der Struma erklärlich ist. Es könnte nun der Fall gewesen sein, daß sich im Anschluß an die Operation (Shockwirkung, Entzündungsprozeß) eine solche habituelle Stimmstörung entwickelt hat; auch in diesem Falle wäre die angeschlagene Übungstherapie als zweckentsprechend und erfolgreich zu klassifizieren, weil durch dieselbe die für die Ausführung bestimmter Bewegungen verloren gegangenen notwendigen Erinnerungsbilder und Muskelempfindungen wieder hergestellt würden; aber, wie gesagt, ich erwähne das nur der Vollständigkeit halber, um

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch diese Möglichkeit, die in anderen Fällen eklatant zutage tritt, mit in den Kreis der Epikrise über diesen Fall in Betracht zu ziehen.

Im Anschluß an die Demonstration des Falles wäre noch eine ganze Reihe von Fragen zu berühren gewesen, so z. B. über die postoperativen Stimmlippenschädigungen nach Kropfoperationen im allgemeinen und deren späteres Schicksal, über Beziehungen der Hysterie zu derartigen Fällen, die Taschenlippensprache bei der Pachydermia laryngis, über Stroboskopie derartiger Fälle und Atemkurvenmessungen, über Spontaneintreten der Taschenlippenstimme etc. etc., was aber im Rahmen einer Demonstration unmöglich ist. Immerhin glaube ich, daß der Fall wegen seines Verlaufes und auch teilweise wegen der eingeschlagenen therapeutischen Richtungslinien Interessantes bietet, hauptsächlich aber, weil wir u. a. sehen, wie scheinbar fernliegende Gebiete, wie Gesangspädagogik und stimmärztliche Behandlung eigentlich recht nahe liegende Berührungspunkte haben, worüber in einer ausführlichen Arbeit berichtet werden soll.

Aussprache.

Hr. Hajek: Der Fall scheint mir im ganzen unklar. Es ist überhaupt nicht sichergestellt, warum der Pat. aphonisch war; denn der übereinstimmende Befund, nach welchem es sich um eine Posticusparese gehandelt haben soll, erklärt nicht, warum der Pat. aphonisch gewesen ist. Es muß also in dem Befund etwas übersehen worden sein. Nach dieser Sachlage ist es unmöglich zu sagen, welcher Effekt der Stimmübung überhaupt zuzuschreiben ist.

Hr. Adalbert Heindl stimmt den Ausführungen Herrn Prof. Hajeks vollkommen bei und meint, daß es bekannt sei, daß Patienten mit beiderseitiger Posticuslähmung sprechen können, aber Atembeschwerden haben und wenn die Posticuslähmung in eine komplette Recurrenslähmung übergeht, können sie nicht mehr sprechen, dagegen schwinden die Atembeschwerden.

In dem vorliegenden Falle handelt es sich seiner Meinung nach um eine beiderseitige Posticusparese auf nervöser Basis, Hysterie — das, was wir früher Aphonia spastica respiratorica nannten, ein spastisches Überwiegen der Adduktoren. Er selbst hat solche Fälle vorgestellt, erinnert daran und schlägt abermals vor, diese mittelst Suggestion und Narkose zu heilen. Eine vorhergehende Beobachtung des Pat. im Schlafe wird zum Ergebnis führen, daß in diesem Zustande die Atembeschwerden schwinden, also die Stimmbänder aus der Mittellinie in die Auswärtsstellung der Respirationsstellung rücken. Ebenso in der Narkose.

Hr. Fein schließt sich den Ausführungen Hajeks vollinhaltlich an und meint, daß der Erfolg der Stimmbehandlung auf eine Besserung der Aktion der Stimmlippen und nicht auf eine solche der Taschenbänder zurückzuführen sei; ferner bestätigt er, daß die laryngoskopische Untersuchung zeigt, daß tatsächlich bei gewissen Tönen die Phonation durch die Taschenbänder geschieht.

Hr. Hanszel findet im vorgestellten Fall das Bild einer Posticuslähmung, das ihn in vieler Hinsicht an einen Privatpatienten, einen Rechtsanwalt, erinnert, den er durch 25 Jahre beobachtet. Vor allem in dem Mißverhältnis zwischen Stridor und Stenose. Während bei ruhigem Atmen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

trotz der in beiden Fällen hochgradigen Verengung der Glottis keinerlei Stridor zu hören ist, wird dieser bei Forcierung der Atmung sofort ein sehr erheblicher, und zwar infolge eines perversen Atemtypus, der diesen Fällen gemeinsam ist. Diese Pat. mit Posticuslähmungen zeigen das höchst ausgebildete „Atemsparen", die höchste Ökonomie im Atmen, wie wir dies mitunter auch bei erstklassigen Legatosängern finden. Aber noch in einem Punkt sind diese Fälle gleich und interessant, und zwar wegen des Schwankens ihrer Stimme. Wenn diese Pat. längere Zeit geschwiegen haben, ist ihre Stimme dann anfänglich klanglos und rauh und erst wenn durch Räuspern und Forcierung des Stimmansatzes ein gewisser Grad von Hyperämie und Succulenz der Stimmlippen eingetreten ist — wie Sie diese auch im demonstrierten Fall beobachten können —, wird die Stimme reiner und vernehmlicher und darauf beruht meiner Meinung nach der ganze Zauber des von Herrn Dr. Stern in diesem Falle beschriebenen Erfolges. Der von mir beobachtete Rechtsanwalt, der gegenwärtig über 70 Jahre alt ist, hält mit seiner beiderseitigen kompletten Posticuslähmung bei minimaler Glottis noch jetzt längere Plaidoyers, wobei er sich „stimmlich" entsprechend vorbereiten muß. In den letzten Jahren tritt raschere Ermüdung ein.

Hr. Seemann: Ich habe den Fall bisher noch nicht spiegeln können, kann mich aber schon nach dem Gesagten der Vermutung, daß es sich hier um eine habituelle Stimmstörung handeln könnte, nicht anschließen. Die habituellen Stimmstörungen entstehen gewöhnlich im Anschluß an Katarrhe des Kehlkopfs, indem die Pat. verlernt haben, die richtigen Bewegungskoordinationen beim Phonieren auszuführen. Das laryngoskopische Bild bei diesen Gewohnheitsstimmlähmungen unterscheidet sich nicht von dem der muskulären Paresen; man sieht in der Regel Bilder wie bei Internus- oder Transversusparese. In diesem Fall besteht sicher eine organische Störung. Herr Stern hat erwähnt, daß Gutzmann bei der Wiederherstellung der Stimme bei einseitiger Recurrenslähmung vom Falsettregister ausgeht. Das war wohl früher der Fall; aber schon vor dem Krieg ist er davon abgekommen, da es ja aus stimmphysiologischen Gründen nicht möglich ist, von der Fistellage die Brusttonlage zu „erüben". Man geht viel besser von einem übertrieben tiefen Ton, dem sogenannten subtonalen Brummton, der im Strohbaßregister liegt, aus. Ich habe mich mit diesen Fragen während der Zeit, wo ich bei Gutzmann arbeiten konnte, eingehend beschäftigt und möchte nur kurz einiges erwähnen. Zum Zustandekommen eines Brusttones gehört als Vorbedingung ein vollkommener Glottisschluß; die Stimmlippen schwingen in ihrer ganzen Masse. Je höher ein Ton wird, desto stärker muß bei gleichbleibender Anblasestärke die Spannung der Stimmlippen werden; je tiefer ein Ton, desto geringer die Spannung und zugleich präziser die Adduktion der Stellknorpel. Steht nun bei einseitiger Stimmbandlähmung das gelähmte Stimmband in Abduktionsstellung, dann ist es klar, daß man den zur Bruststimme nötigen Glottisschluß nicht aus der Fistellage, wo sich an der Spannung selbst die äußeren Kehlkopfmuskeln beteiligen, erreichen kann, sondern von Tönen ausgehen muß, bei denen die Glottisspanner erschlaffen und nur die Adduktoren in Aktion treten, um eine Anlagerung des gesunden an das kranke Stimmband zu ermöglichen. Das ist eben beim subtonalen Brummton der Fall. Laryngoskopiert man während des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anlautens dieses Tones, so sieht man, wie die Aryknorpel aneinandertreten, während die völlig entspannten Stimmbänder in ihrer ganzen Masse in grobe, flatternde Schwingungen kommen. Die Resultate, die wir durch die phonetische Behandlung einseitiger Stimmbandlähmungen erreichen konnten, waren im allgemeinen außerordentlich günstige. Daß die bei diesem Pat. eingeleitete Behandlung der Stimme auf diese einen günstigen Einfluß gehabt hat und das Besserwerden zumindest sehr beschleunigt hat, davon bin ich völlig überzeugt.

Im übrigen ist es ja bekannt, daß bei beiderseitiger Posticusparalyse resp. bei Medianstellung beider Stimmlippen, die ja in Phonationsstellung fixiert sind, die Sprechstimme völlig normal sein kann. Semon hat einige länger beobachtete Fälle beschrieben, wo sogar die Singstimme völlig intakt geblieben ist.

Hr. Schlemmer: Ich habe den Pat. im Laufe von 8—10 Wochen dreimal gesehen und muß betonen, daß der letzte, vor einigen Tagen erst erhobene Befund vom zuerst beobachteten sich sehr wesentlich unterschied.

Zuerst klang die Stimme ganz aphonisch. Der rechte Aryknorpel stand unbeweglich in Medianstellung, während die linke Stimmlippe sich ganz wenig bewegte — etwa im Sinne einer paradoxen Atembewegung. Ich war zuerst darüber erstaunt, daß der Pat. überhaupt ohne Tracheotomie herumgehen kann. Gegenwärtig sehe ich eine deutliche Bewegung der linken Stimmlippe im Sinne der Adduktion, aber auch der rechte Aryknorpel scheint mir eine geringe Exkursion zu machen.

Ich halte dafür, daß die Bemühungen des Kollegen Stern jenen Effekt hatten, wie ich ihn im Jahre 1916 im orthopädischen Spital des Herrn Prof. Spitzy bei den Extremitätenlähmungen durch systematische Übungen mit den Pendelapparaten gesehen habe. Ich glaube, daß diese Art von Übungstherapie bei Stimmlosigkeit gewiß einen Zweck und eine Zukunft hat.

Hr. Glas: Der Fall ist als Parese der Postici zu bezeichnen. Es handelt sich jedenfalls um einen sekundären Adduktionskrampf. Daß die Adduktoren arbeiten (also keine Paralyse der Nervi recurrentes vorliegt), hierfür Beweis sind die paradoxen Atembewegungen der Stimmbänder, welche sich bei tiefer Inspiration in Annäherung der nahe der Mittellinie fixiert erscheinenden Chordae vocales kundtut. Der in die Stimmbänder gesandte Impuls bei tiefer Einatmung löst infolge der Parese der Erweiterer diese perverse Bewegung aus, was bei Recurrens paralyse natürlich ausgeschlossen erscheint.

Was den von Hanszel angeführten Fall anbelangt, so ist bekannt, daß solche Stenotiker ein ganz hervorragendes Anpassungsvermögen an ihr geringes Luftquantum haben und mit minimaler Glottis relativ gut zu atmen vermögen. So kennt auch Glas einen Pat., der trotz hochgradiger Posticusparese beiderseits (infolge Tabes) seinen Beruf als Kutscher noch voll versieht. Doch können gerade in solchen Fällen interkurrente Vorkommnisse (bei Tabes z. B. die akut einsetzenden laryngealen Krisen) schnellste Tracheotomie plötzlich notwendig machen.

Hr. Oskar Hirsch: Eine Diskussion, welche Art von Lähmung der Stimmbänder hier vorliege, ist nur deshalb möglich, weil die Untersuchenden bei der Kürze der Zeit den Pat. nicht lang genug spiegeln können. Die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stimmbänder stehen wohl in der Medianlinie, aber bei längerer Untersuchung kann man ganz deutlich beobachten, daß sie eine kleine Exkursion nach außen machen, folglich handelt es sich um eine doppelseitige Posticusparese. Das Leiden ist, wie Stern mitteilt, sofort nach der Operation entstanden; auch diese Angabe spricht gegen eine Posticusparalyse, da bei einer plötzlichen beiderseitigen Posticusparalyse der Operateur ohne Tracheotomie kaum ausgekommen wäre.

Hr. H. Marschik erinnert sich an einen älteren Offizier, dem er im vergangenen Jahre in Italien begegnet ist und der über Asthma klagte, aber schon bei der Konversation eine Larynxstenose deutlich erkennen ließ. Tatsächlich handelte es sich um eine beiderseitige Posticusparese in Adduktionsstellung, welche Stenose der Pat. bei ruhigem Atmen und ruhiger Konversation, so wie dies Herr Hanszel erwähnt hat, sehr geschickt bemeistern resp. kaschieren konnte. Aber schon bei lebhafterer Konversation (Ansprachen etc.) trat sie deutlich in Erscheinung, es kam zu inspiratorischer Dyspnoe, leichter Cyanose, inspiratorischem Stridor, Auxilliarmuskelaktion. Der Offizier war über seinen Zustand nicht unterrichtet, augenscheinlich nie laryngoskopiert worden und hat vier volle Kriegsjahre mit dieser Stenose im Felde zugebracht.

Hr. Stern (Schlußwort): Nicht umsonst habe ich den Fall, wie ich gleich eingangs betonte, „zur Diskussion gestellt"; die lebhafte Aussprache, die der Demonstration folgte, ist ein Beweis dafür, daß der Fall in mehrfacher Hinsicht Interessantes bot. Bei der bereits vorgeschrittenen Zeit möchte ich also nur auf einige Hauptpunkte der Diskussion zurückkommen. Zunächst auf die Bemerkung des Herrn Prof. Hajek, daß ihm der Fall im ganzen nicht ganz klar scheine. Das ist gewiß richtig und ich habe auch ausdrücklich betont, daß der Pat. erst zirka 8 Wochen post operationem in meine Behandlung kam und ich erst später die offenbar nicht ganz richtige klinische (laryngoskopische) Diagnose dem Krankenprotokoll der chirurgischen Abteilung Prof. Föderl entnahm. Als der Fall zu mir kam, war er total aphonisch und die Herren der Klinik (Marschik, Hofer, Schlemmer) werden das ebenfalls bestätigen können. Wenn also diesbezüglich eine Fehldiagnose vorliegt, so ist das nicht meine Schuld. Ich habe des weiteren ausdrücklich erklärt, daß ich nicht den ganzen Erfolg der Übungstherapie zuspreche resp. auf deren Konto setze, aber es ist dann nicht erklärlich, warum nach mehrmonatlicher Aphonie und Erfolglosigkeit sonstiger stattgehabter Behandlung (Faradisation etc.) mit meiner Übungstherapie prompt eine Besserung der Stimme einsetzte. Ich schließe mich da Herrn Schlemmer ganz an, der die Wichtigkeit dieser Art von Therapie dankenswert betonte — auch Doz. Marschik äußerte sich mir gegenüber in derselben Weise — und glaube, daß die diesbezüglich gehegten Zweifel, insbesondere aber die Meinungsäußerung des Herrn Hanszel, als zu weitgehend zu betrachten sind. Was weiter die Bemerkung Herrn Feins anbelangt, so wurde zuerst die Bildung der Taschenlippenstimme versucht, um vor allem überhaupt eine Lautäußerung zu erzielen. Diese Stimmart hängt natürlich mit der gewöhnlichen Stimmbildung in keiner Weise zusammen. Herrn Seemann gegenüber möchte ich bemerken, daß es mir wohl bekannt ist, daß Gutzmann in vielen Fällen von sub-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tonalen Tönen ausgeht; aber für eine ganze Reihe von Fällen eignet sich, wie ich das ausgeführt habe, doch das Falsettregister; es handelt sich nicht, wie Herr Seemann meint, um ein „Erüben" der Brusttonlage, sondern, wie ich das gezeigt habe, ein Herunterziehen des Falsettregisters in eine tiefere Stimmlage, das ist nicht nur möglich, sondern wird auch, wie ich darauf hingewiesen habe, direkt in der Gesangspädagogik mit größtem Vorteil benützt. Daß Herr Seemann den günstigen Einfluß der phonetischen Therapie bestätigt, freut mich selbstredend; vielleicht bietet sich im nächsten Jahre Gelegenheit, über dieses für den Laryngo-Rhinologen interessante und wichtige Thema in dieser Gesellschaft ausführlich zu sprechen.

VIII. Hr. Marschik: a) **Trachealplastik wegen Tracheomalazie. Zwischenakt.** Es handelt sich um die vor 4 Wochen in der Gesellschaft der Ärzte vorgestellte Pat. mit Tracheomalazie nach längerem Kanülentragen in der Kindheit und Stenose durch Narbenstriktur, kombiniert mit beiderseitiger Strumakompression. Mittelst der Methode Birchers war vor 4 Monaten im ersten Akt ein offenes und ohne nachfolgende Dilatation ausgezeichnet weit bleibendes Tracheostoma geschaffen worden. Im Zwischenakt wurde am 23. V. zur Vorbereitung der Mangoldtschen Trachealplastik links vom Tracheostoma ein Stück Rippenknorpel dicht unter der Haut implantiert, welches dann im zweiten Akt behufs Trachealverschlusses samt dem zugehörigen Hautlappen umgeklappt werden soll. Das Implantat wurde zur Schonung des Decolletés (es handelt sich um ein junges Mädchen) vom linken Rippenbogen entnommen, wo ja immer das so modellierfähige Knorpelmaterial in ausgiebigem Maße zur Verfügung steht. Dabei kam es zur Freilegung des Perikard. Das Knorpelstück wurde mit dem vollständigen, an beiden Enden noch etwas überschüssigen Perichondrium entnommen, dieses auf der einen Seite gespalten und auseinandergeschlagen und vom Knorpel nun so viel weggehobelt, bis eine deutlich konkave Hohlrinne entstanden war. Darauf die Höhlung mit dem Perichondrium wieder bedeckt. Die vollständige Einscheidung mit Perichondrium soll eine nachträgliche Resorption des Knorpels verhüten. Die Hohlrinne wurde so implantiert, daß die konkave Seite bei der endgültigen Trachealplastik gegen das Lumen zu kommt und mit einer Tamponnaht an Ort und Stelle bereits halb umgeklappt fixiert. Heilung per primam. Der letzte Akt soll in einigen Monaten bei vollständig reaktionsloser Einheilung erfolgen.

b) **Siebbein-Oberkiefersarkom bei einem 18monatlichen Kinde. Radikaloperation.** Der Fall wird wegen der Seltenheit derartiger Tumoren bei kleinen Kindern vorgestellt. Seit 3 Monaten bestand zunehmende Vordrängung und vor allem Außenverdrängung des rechten Bulbus, dabei leichte Anschwellung der verbreiterten rechten Nasenpartie und Nasenobstruktion. Die Diagnose wurde bei negativem rhinologischen und Nasenrachenbefund hauptsächlich auf Grund des Röntgenbildes gestellt, welches (Prof. Schüller) Knochendestruktion im Bereiche des rechten Oberkiefers und Siebbeins und Dehiscenz der Oberkieferstirnbeinnaht feststellen ließ. Die Schädelbasis war danach anscheinend intakt. Ein endokranielles Einwachsen jedenfalls mit gewisser Sicherheit auszuschließen. Die am 29. V. von mir vorgenommene Radikaloperation in leichter Chloroform-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

narkose am hängenden Kopf verlief glatt und ohne erhebliche Blutung. Es fand sich an Stelle von Siebbein und Kieferhöhle ein eher weicher, mit den Wänden dieser Höhlen verwachsener, zirka ganseigroßer Tumor. Es kam zur vollständigen Siebbein-Oberkieferresektion samt Resektion der ganzen lateralen Nasenwand. Nur die Gaumenplatte blieb erhalten. Auch das Siebbeindach war auf Kronenstückgröße bereits konsumiert. Der Tumor mit der Dura adhärent, diese aber noch nicht defekt. Eigenartig war das Verhalten des Stirnbeins an der unteren Partie. Die äußere Kompakta war in mehr als Kronenstückgröße eigenartig ostitisch bzw. osteoporotisch verändert, rauh, gerötet und brüchig. Es wurde diese ganze veränderte Partie bis zur gesunden inneren Glastafel abgetragen. Bisher ist Heilung per primam erfolgt, die vermutlichen Reste des Tumors an der Dura sollen mit Radium nachbehandelt werden. Demonstration der mikroskopischen Präparate, welche ein Osteoidsarkom mit ödematösen Spindelzellen und zahlreichen Knochenbälkchen zeigen.

IX. Hr. Haslinger (a. G.) demonstriert einen Fall von **Tracheomalazie infolge Struma.** Die 53jährige Pat. war im März 1919 an plötzlich einsetzender hochgradiger Atemnot bei einer seit Jahren bestehenden Struma erkrankt und wurde tracheotomiert (chirurgische Abteilung). Vier Wochen später Strumektomie. Dabei zeigte sich ein großer Teil des Luftröhrenknorpels erweicht. Pat. wurde zur Weiterbehandlung an die Klinik transferiert. Die Untersuchung zeigte, daß die Luftröhre oberhalb des Tracheostomas von allen Seiten vollständig eingedrückt ist, so daß man im Spiegelbild neben einer postoperativen linksseitigen Recurrensparese den Anblick eines ganz unregelmäßigen Spaltbildes der Trachea gewinnt.

Der Fall stellt einen jener extremsten Fälle von Tracheomalazie vor, der in der vollständigen Druckatrophie des Luftröhrenknorpels seine Erklärung findet. Die Behandlung wird sich danach richten, ob ein Teil der Trachea nach den Strumaresten komprimiert erscheint. In diesem Fall wird man sich mit der Isolierung der Trachea von allen Seiten und der Hoffnung auf partielle Redressierung begnügen können. Ansonst käme nur die totale Resektion der Trachea mit folgender Plastik in Betracht.

X. Hr. Schlemmer: Ich will Ihnen, m. H., über einen Fall von **Osteomyelitis des rechten Siebbeins mit konsekutiver Panantritis dieser Seite bei einem 5jährigen Knaben mit letalem Ausgange** Bericht erstatten.

Am 27. V. 1919 sah ich auf der Klinik Pirquet consiliariter ein schwerkrankes Kind, bei dem auf den ersten Anblick der Eindruck einer akut verlaufenden eitrigen rechtsseitigen Nebenhöhlenerkrankung zu gewinnen war. Anamnestisch erhob ich, daß der Knabe seit dem 17. V. wegen eines Furunculus nuchae in ambulatorischer Behandlung der Kinderklinik stand, bald einen neuen Furunkel in der linken Fossa intertragica bekam und endlich am 24. V. auf die Heubner-Station der Klinik Pirquet wegen hohen Fiebers zur Beobachtung aufgenommen wurde, da nun auch starke Hals- und Schlingbeschwerden aufgetreten waren. Außerdem bestanden heftige Kopfschmerzen, hohe Temperaturen und eine starke Schwellung und Rötung über der rechten Wange sowie mäßige Chemosis. Am 25. V. wurde auch Eiterausfluß aus der rechten Nasenhälfte bemerkt. Das Kind war andauernd hochfiebernd, unruhig, doch bestand kein Erbrechen noch sonstige cerebrale Symptome. Am 27. V. also sah ich am Nachmittag das Kind zum ersten Male und erhob folgenden Lokalbefund:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rechtsseitige Nasenverstopfung bei profuser eitriger Sekretion. Rötung und Schwellung über der rechten Wange bis an die Nasenwurzel. Hier überall heftiger Schmerz auch auf zarte Berührung. Chemosis. Temperatur 39,9°. Unruhe, leichte Benommenheit, sehr frequenter Puls.

Ich habe das Kind, dessen interner Befund seitens der Klinik Pirquet belanglos war, eine halbe Stunde später operiert. Von der Vorstellung ausgehend, daß der Hauptherd in der Kieferhöhle liege, habe ich in vorsichtiger Äthernarkose nach Caldwell-Luc die Kieferhöhle rechterseits eröffnet. Es entleerte sich dicker, stinkender Eiter. Beim Fortnehmen der facialen Wand mußten 2 Zahnkeime geopfert werden und nun übersah ich die Kieferhöhle, die mit stark verdickter, polypöser, livider Schleimhaut ausgekleidet war. Die Schleimhaut wurde in einem Stück entfernt. Beim Ablösen derselben mit dem Marschikschen gebogenen Rasparatorium von oben fiel der sequestrierte Processus uncinatus als nackter, schleimhautentblößter Knochen mit anderen Siebbeinsplittern in die Kieferhöhle hinein. Ich habe daher den Zugang zur Kieferhöhle im Sinne Denkers erweitert und bei guter Übersichtlichkeit das Siebbeinlabyrinth ausgeräumt, dessen Schleimhaut schon makroskopisch schwerste Veränderungen zeigte. Sie war wie diphtheritisch belegt, stark verdickt, bläulich verfärbt. Ich entfernte noch die mittlere und untere Muschel, die laterale Nasenwand und stellte breiteste Kommunikationen her. Nach Reinigung mit H_2O_2 waren bei eingehender Inspektion keinerlei verdächtige Reste mehr zu sehen, weshalb ich darauf verzichtete, auch noch von außen mittelst Killian-Schnitt mich über die Stirnhöhle und die vordersten Siebbeinzellen zu orientieren, zumal ich vor Jahren einmal aus analoger Veranlassung auch noch von außen eingegangen war und den bestimmten Eindruck gewonnen hatte, daß ich dem Kinde die Narbe hätte ersparen können, weil von oben her nichts mehr zu entfernen war.

Am folgenden Tage (28. V.) war die Morgentemperatur 37,5°. Das Kind machte einen recht erfreulichen Eindruck. Am Nachmittag war 38,6°. Der kleine Pat. bekam seit der Operation 3mal täglich 1 Phiole Urotropin injiziert, welche Medikation wir bei allen Operationen im Bereiche der Nebenhöhlen seit Jahren anwenden. Am 29. V. früh wurde nach unruhiger Nacht 38,3° (rektal) gemessen, dabei war das Kind etwas apathisch, äußerte jedoch keinerlei Schmerzen mehr beim Berühren der rechten Wange sowie der Stirnhöhlengegend. Nachmittags 39,0°.

Am 30. V. früh leicht positiver Kernig, Temperatur 38,5°, Benommenheit. Bei der Lumbalpunktion kommt der Liquor unter Druck aus der Nadel. Das Punktat ist leicht getrübt. Bakteriologischer Befund (Prof. Stoerk): „Mikroskopisch und kulturell keine Mikroorganismen nachweisbar." Doz. Marschik hat nun vormittags nach Killian die Stirnhöhlengegend und das Siebbeinlabyrinth freigelegt, wobei sich noch eine größere Zelle in der Gegend der Stirnhöhlenmündung fand sowie eine für den 5jährigen Knaben auffallend gut entwickelte und geräumige Stirnhöhle. Sie enthielt Eiter und ödematös geschwollene Schleimhaut. Die Stirnhöhle wurde nach Riedel operiert, ein kleiner Rest der mittleren Muschel und geringe Siebbeinreste entfernt sowie die Keilbeinhöhle eröffnet und ausgeräumt.

An mehreren Stellen fanden sich zwischen der ödematös verdickten Schleimhaut kleinere Eiteransammlungen.

Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Am Nachmittag 39,4°. Eine neuerliche Lumbalpunktion, die im Vorsatze einer gleichzeitigen Applikation von ½%iger steriler Collargollösung in gleicher Menge wie der entnommene Liquor versucht wurde, verlief ergebnislos, weil die Lumbalnadel immer wieder durch flockige Fetzen verstopft wurde und Liquor überhaupt nicht zum Vorschein kam. Kernig war auch jetzt nicht deutlich. Urticaria an den unteren Extremitäten, Somnolenz.

31. V. Das Kind ist bei andauernd hohen Temperaturen sehr unruhig.

1. VI. Exitus.

2. VI. Obduktion (Prof. Bartel): Pyämie nach Osteomyelitis des rechten Siebbeinlabyrinthes mit Sequesterbildung. Pyämische Abscesse der Nieren. Fibrinös-eitrige Pericarditis. Anämie und Ödem des Gehirns bei prämaturer Synostose der Nähte der Schädelkapsel und beginnender Dehiscenz derselben. Anwachsung der linken Lunge. Parenchymatöse Degeneration von Herz, Leber und Nieren. Anämie.

Histologischer Befund mehrerer Schleimhautstücke von Professor Stoerk: Hochgradig ödematöse hyperplastische Drüsen und Retentionscysten enthaltende Schleimhaut, stellenweise tief nekrotisierend ohne nachweisbare entzündliche Veränderungen.

Ich zeige Ihnen, m. H., hier die knöcherne Schädelkapsel und Sie sehen den Knochen stellenweise außerordentlich dünn sowie die Nähte konsolidiert. Es macht aber den Eindruck, als wären die ineinandergreifenden Zacken der Nahtseite durch den starken Innendruck im Schädel im Auseinanderweichen. Prof. Bartel hat bei der Obduktion auf diesen Befund ganz besonders aufmerksam gemacht und erklärt, daß der Ablauf eines akut entzündlichen Prozesses in unmittelbarer Nähe einer frühzeitig knöchern konsolidierten Schädelkapsel für den Träger stets eminent gefährlich sei. Hier habe diese Anomalie eine Meningitis vorgetäuscht, die gar nicht vorhanden war, und wäre der Ausgang mit allergrößter Wahrscheinlichkeit auch dann ein letaler gewesen, wenn es nicht zu den pyämischen Komplikationen gekommen wäre. Prof. Schüller, der durch ein unliebsames Mißverständnis den Kleinen nicht neurologisch untersuchen konnte, äußerte sich später in einer diesbezüglichen Rücksprache, daß bei Kindern mit prämaturer Synostose der Schädelknochen — bei Turmschädeln — aus den nichtigsten, unscheinbarsten Anlässen ein „Meningismus" zustande kommt und teilte die Ansicht Bartels, daß die operative Prognose bei einem solchen Zustand eine ungemein ungünstige sei.

XI. Hr. G. Hofer: 1. **Ein Fall von Trigeminusneuralgie des II. und III. Astes.** Bei der 48jährigen Pat. waren alle konservativen Maßnahmen (Abführkur, Urotropin, Bestrahlungstherapie und Aconitin) erfolglos. Das Leiden dauert nunmehr ein Jahr. Da die Ursache nicht in einer Nebenhöhlenerkrankung bestand, hat Vortr. am 26. V. 1919 die Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri nach der Methode von Harris vorgenommen. Der Erfolg ist gegenwärtig ein vollkommener, da die Pat. vollständig beschwerdefrei ist. Auffällig ist an dem Fall das Auftreten eines über das Gebiet des ganzen 1. Trigeminusgebietes an der äußeren Haut verteilten typischen Herpes zoster im Anschluß an die Injektion, der bereits im Abheilen begriffen ist.

2. **Ein Fall von Rippenknorpelplastik an Stelle eines Stirndefektes nach Riedelscher Radikaloperation der linken Stirnhöhle.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der 28jährigen Pflegeschwester war vor Jahresfrist eine Radikaloperation der linken Stirnhöhle vorgenommen worden (Riedl). Der vorhandene Defekt der großen und tiefen Stirnhöhle beinhaltete eine schwere kosmetische Beeinträchtigung. Die am 24. V. 1919 vom Vortr. ausgeführte Plastik mit Rippenknorpel samt Perichondrium der 10. Rippe hat nach Einheilung des Transplantates einen vollen kosmetischen Erfolg. Zu beachten ist die Wahl eines etwas größeren Knorpelteiles im Verhältnisse zu dem vorhandenen Defekt wegen der bekannten partiellen Resorption von eingeheilten Knorpelteilen. Auf die gute Verwendbarkeit der Rippenknorpel zur Plastik hat seinerzeit Marschik in dieser Gesellschaft hingewiesen an einem ähnlichen Falle von Stirnhöhlendefekt.

3. **Eine neue Pinzette zur Naht in der Nase.**

Da die bekannten Instrumente zur Naht in der Nase vornehmlich die Killiansche Nadel wegen der Gefahr der Läsion der zarten Schleimhauträndер zur Verbesserung des Instrumentars förmlich nötigen und die vorhandenen Modelle zur Naht nach Tonsillektomie für die Nase nicht gebrauchsfähig sind, hat Vortr. eine neue Nahtpinzette angegeben, deren Wesen darin besteht, daß eine kleine Nadel in der Form etwa einer Gramophonnadel mit Ör in einen kleinen Ausschnitt einer etwas längeren anatomischen Pinzette mäßig festgesteckt ist. Nach Schluß der Branchen dieser Pinzette wird diese kleine Nadel von der zu einer federnden Schließe umgearbeiteten anderen Branche aufgefangen und beim Öffnen des Instruments durch die Schleimhaut resp. das Nahtobjekt durchgezogen. Die Form ist handlich und gestattet das Instrument auch ein Arbeiten in tieferen Regionen der Nase. Das Instrument kann auch nach Geschmack in Form der abgebogenen Chiari-Pinzette hergestellt werden. (Firma H. Reiner, Wien.)

Aussprache.

Hr. Menzel hat einige Jahre vor Kriegsausbruch ein handliches Nähinstrument für das Septum narium angegeben, mittelst dessen er nach der submukösen Septumresektion die beiden Schleimhautblätter von hinten nach vorne zu durch eine Anzahl von Knopfnähten aneinandernäht. Diese Naht sollte nach Art der Tamponade die beiden Schleimhautblätter aneinanderliegend halten und die beiderseitige Nasentamponade entbehrlich machen. Vortr. hat jedoch die Naht wieder aufgegeben, weil sich gezeigt hat, daß die Reaktion im Septum und dessen Schwellung vielleicht infolge von Sekretretention so bedeutend ist, daß eine Nasenatmung trotz fehlender Tamponade unmöglich war.

Hr. G. Hofer (Schlußwort) bemerkt, er nähe bei Septumoperationen nicht grundsätzlich, nur in Fällen, wo eine geringe Adaptionsfähigkeit der Schleimhaut vorhanden ist, oder diese Adaption durch Tamponade nicht sicher gewährleistet wird; ferner ist bei senkrechten Einschnitten zur Entfernung an ihrer Spitze verwachsener Kristen ein brauchbares Nahtinstrument eine unbedingte Notwendigkeit.

XII. Hr. Menzel: 1. Der 32jährige Mann, den ich Ihnen hier zeige, liefert einen interessanten **Beitrag zur Geschichte der Volksmedizin in Palästina.** Er verbrachte seine Kindheit in Palästina und erkrankte daselbst im Alter von 2 Jahren an einer schweren Halskrankheit, seiner Schilderung nach anscheinend an Diphtherie mit Stenosenerscheinungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Da seine Mutter mit den gebräuchlichen Hausmitteln der Krankheit nicht Herr werden konnte, wurde ein alter, in der Heilkunde bewanderter Araber zu Rate gezogen. Dieser brannte ihm mit einem Glüheisen auf beiden Seiten des Halses je ein tiefes Loch.

Die beiden Löcher penetrierten in den Rachen, so daß — wie ihm seine Mutter erzählt hatte — beim Milchtrinken der größte Teil der Milch zu beiden Seiten des Halses durch die äußeren Öffnungen herausgelaufen sei und die Mutter für den Knaben die doppelte Milchmenge kaufen mußte. Ein nachher herbeigerufener graduierter Arzt hätte den Zustand für hoffnungslos erklärt. Die Krankheit heilte aus mit Hinterlassung der beiden ausgedehnten glatten Narben, die noch heute an beiden Halsseiten des Mannes zu sehen sind. Es ist zu verwundern, daß bei diesem Eingriffe die Carotis, die Venen und großen Nervenstämme nicht verletzt wurden, was immerhin auf eine gewisse Geschicklichkeit der betreffenden Kurpfuscher schließen läßt.

Wie aus dem Studium der Volksmedizin in Palästina (Canaan: Aberglaube und Volksmedizin im Lande der Bibel) sich ergibt, liegt dieselbe hauptsächlich in den Händen der Araber und ist ein Gemisch von Aberglauben, Tradition und einer recht primitiven Art von Chirurgie. Mit der Ausübung der Medizin befassen sich daselbst einerseits geistliche Funktionäre, Scheichs, Derwische und Priester, andrerseits alte Frauen, Hebammen, Barbiere und Beinrichter. Letztere sind gewöhnlich Hirten, welche ihre Erfahrungen bei der Behandlung von Beinbrüchen ihrer Schafe und Rinder auf die Behandlung der Menschen übertragen.

Die dem geistlichen Stande angehörigen Kurpfuscher heilen durch Gebete und Beschwörungen. Die alten Frauen beschränken sich hauptsächlich auf die Behandlung interner Krankheiten, die Hebammen behandeln Frauen und Kinder, während die Barbiere und die Beinrichter sich vornehmlich chirurgisch betätigen.

Das Brennen von Wunden, Entzündungen, Geschwülsten und sonstiger schmerzhafter Leiden war immer in Palästina sehr im Schwunge und wird dort auch heute noch, ähnlich wie im 10. und 11. Jahrhundert von den arabischen Ärzten angewendet, um dem Organismus die Lust an der Krankheit zu nehmen. So lesen wir bei den arabischen Ärzten Abulcasem (2. Hälfte des 10. Jahrhunderts) und Mesue (10. oder 11. Jahrhundert) (Heymanns Handbuch der Laryngo-Rhinologie), daß sie nach dem Ausbrennen von Nasenpolypen auch auf die Haut der Stirne des betreffenden Kranken drei Striche mit dem Glüheisen applizierten, wodurch dem Körper die Lust, noch weiter Polypen zu bilden, ausgetrieben werden sollte.

In ähnlicher Weise wurden wahrscheinlich auch in unserem Falle die beiden Wunden am Halse in der Absicht gesetzt, den bösen Geist, der die Krankheit verursachte, aus dem Körper zu bannen.

2. Weiters demonstriere ich das mikroskopische Präparat eines gestielt aufsitzenden **Lymphangioms der linken Tonsille.**

Der über haselnußgroße Tumor bot das Bild einer Tonsilla pendula, hatte in seinem Durchschnitt Kartenherzform und war die Ursache von häufig rezidivierenden Entzündungen der betreffenden Tonsille. In einem solchen Anfalle sah Vortr. den Pat. und entfernte ihm die kleine Geschwulst.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der von Prof. Jovanovics erhobene histologische Befund lautet: „Das zur histologischen Untersuchung übersandte, der kleinen Tonsille gestielt aufgesessene Gewebsstück entspricht mikroskopisch einem Lymphangiome, in dessen Umgebung sich lymphatisches Gewebe befindet."

Bekanntlich sind Lymphangiome der Tonsille überhaupt eine große Seltenheit, umso mehr, als es sich im vorliegenden Falle um ein gestieltes Lymphangiom handelt.

Gewöhnlich erweisen sich ja derartige Tonsillae pendulae als lymphadenoide Polypen, Fibrome oder Lipome. Interessant ist in diesem Falle die häufig rezidivierende Entzündung der Tonsille im Gegensatz zu dem sonst symptomlosen Verlauf derartiger Geschwülste.

XIII. Hr. Seemann: Ich erlaube mir, Ihnen einen **Fall von submuköser Spaltung des harten Gaumens** vorzustellen. Die submuköse Gaumenspalte ist eine Hemmungsmißbildung. Ihre Erklärung liegt in einer Störung während der embryonalen Entwicklung, indem die knöcherne Vereinigung der beiden Gaumenplatten, die von vorne nach hinten vor sich geht, in ihren hintersten Anteilen ausbleibt. Sehr häufig sieht man in solchen Fällen auch Mißbildungen am weichen Gaumen, sehr oft kommt eine Uvula bifida vor, wie z. B. in diesem Fall; doch ist dies keineswegs die Regel, wie Lermoyez angibt. Ich selbst habe Fälle beobachtet, bei denen der weiche Gaumen ganz normal konfiguriert war.

Solche Pat. kommen gewöhnlich wegen ihrer auffallend starken Rhinolalia aperta zum Arzt, die so stark sein kann, daß man auf den Verdacht einer offenen Gaumenspalte kommen kann. Untersucht man dann den Pat., so kann man manchmal bei oberflächlicher Untersuchung keinen Grund dafür finden. Erst wenn man den harten Gaumen mit dem Finger abtastet, so ist man erstaunt, in dessen hinterem Anteil eine scharfkantige Spalte zu fühlen.

Die Ursache der bestehenden Sprachstörung liegt aber nicht etwa in dieser Mißbildung des harten Gaumens, sondern in einer angeborenen Insuffizienz des Velum palatinum, dessen muskulärer, also horizontaler Anteil zu kurz ist, um den bei der Phonation nötigen physiologischen Abschluß zwischen Mund- und Nasenhöhle herbeiführen zu können. Ich warne davor, in solchen Fällen etwa bestehende adenoide Vegetationen zu entfernen, die ja ein von der Natur gebildetes Vikariat darstellen; dies hätte auf die Sprache eine deletäre Wirkung. Die Behandlung solcher Fälle kann selbstverständlich nicht eine chirurgische sein, sondern sie muß in einer Übungsbehandlung bestehen, die mit einer Dehnung und Kräftigung des Velums kombiniert wird.

Bücherbesprechungen.

Einführung in die angewandte Phonetik. Ein pädagogischer Versuch von Doktor G. Panconcelli-Calzia, Leiter des Phonetischen Laboratoriums in Hamburg. Fischers medizinische Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin W 35.

Das vorliegende Buch basiert auf Vorträgen, Kursen und Kollegien, die der Verfasser in den letzten 12 Jahren gehalten hat. Nach einer kurzen „Einführung" behandelt Calzia systematisch die Atmung, die Kehl-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kopffunktion und die Sprache vom phonetischen Standpunkte aus. Wer sich mit dieser Spezialdisziplin beschäftigt, weiß, wie schwer es eigentlich ist, in gedrängter Kürze viel zu sagen, und was man sagt, auch klar und verständlich wiederzugeben. Das ist nun Calzia in seltener Weise gelungen. Ich hebe nur einiges hervor: Im Kapitel „Stimme" werden alle in Betracht kommenden Instrumente, wie das Endoskop nach Flatau, das Autophonoskop nach Panconcelli-Calzia, das sogenannte Kehlkopfsignal nach Zünd-Burguet u. a. m. beschrieben (unterstützt von instruktiven Bildern) und deren praktische Nutzanwendung bei der phonetischen Untersuchung vor Augen geführt. Besonders gelungen scheint mir das Kapitel „Sprache", wo man so ziemlich alles findet, was der angehende Phonetiker zu wissen braucht. Ich erwähne hier z. B. den Hinweis auf die vortrefflichen Untersuchungen H. Gutzmanns über die Bedeutung des Ansatzrohres sowie die Besprechung der Akzent- und Klangfarbenfragen. Ursprünglich hauptsächlich für Linguisten, um dieselben einen elementaren Einblick in die angewandte Phonetik gewinnen zu lassen, geschrieben, ist Calzias Arbeit bei aller Knappheit in einer Weise geschrieben, daß Referent ruhig sagen kann: Dieses Buch sollte in keiner Bibliothek eines Laryngo-Rhinologen und Otologen fehlen. In bescheidener Weise nennt es der Verfasser „einen pädagogischen Versuch". Der ist nunmehr als gelungen zu bezeichnen; mit Überflüssigem und Nebensächlichem ist das Buch, entsprechend seiner Aufgabe, nicht beladen, es vermittelt aber die Grundbegriffe der Phonetik in einer anziehenden Form und wird jeden Leser zu großem Interesse für die Phonetik anregen; und das ist es ja, was der geschätzte Autor mit der Drucklegung dieses Buches angestrebt hat.

Dr. Hugo Stern.

Referate.

Allgemeines.

Über den Harten-Gaumen-Reflex nebst Bemerkungen über den Schlundreflex. Von Dr. Hans Haenel. (Zschr. f. ges. Neur. 1910. 1.)

Henneberg beschrieb 1904 ein Phänomen bei chronischer Encephalomalacie, das er als harten Gaumenreflex bezeichnete und das in einer Kontraktion des M. orbicularis bei schnellem und kräftigem Streichen über den harten Gaumen von hinten nach vorne besteht; manchmal ist dieser Reflex mit einer Hebung des Unterkiefers verbunden. Dr. Haenel konnte diesen Reflex bei einem Fall von Pseudobulbärparalyse beobachten und durch Streichen des harten Gaumens an einer Stelle hinter den Schneidezähnen in querer Richtung hervorrufen. Ebenso konnte er durch elektrische Reizung einer circumscripten Stelle der harten Gaumenschleimhaut, der Zungenspitze und der Lippen eine kräftige Schließung des Mundes erzielen. Diese auffällige Kombination der reflexogenen Zonen hindert in infantilen Verhältnissen ihre Erklärung, zum Saugakte ist nämlich das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

innige Zusammenarbeiten von Lippe,. Zungenspitze und hartem Gaumen notwendig. Der Pat. Haenels konnte gut saugen, er war aber nicht imstande zu schlucken. Die Schluckbewegung steht unter der Herrschaft eines eigenen Schluckmechanismus, der centripetale Schenkel des Reflexbogens liegt im N. vagus und N. glossopharyngeus, der centrifugale im Vagus und N. accessorius. Nur eine gleichzeitige Läsion der motorischen und bulbären Wurzeln führt zu einer Lähmung des Gaumens, des Schlundes und des Larynx. Ein Bissen, der die hintere Rachenwand berührt, löst immer eine peristaltische Bewegung nach abwärts aus; ein wenn auch noch so gut eingespeichelter Pfropf aus Watte, der, von einer Pinzette gehalten, die hintere Rachenwand berührt, löst eine Brechbewegung, also die entgegengesetzt gerichtete aus. Es liegen also komplizierte Verhältnisse vor. Ein und dieselbe Muskelgruppe erfüllt entgegengesetzte Aufgaben, sie nimmt Nahrung auf und verteidigt den Organismus gegen eindringende Schädlinge. Während in der Mundhöhle die Funktion der Willkür unterliegt, herrscht hinter dem Gaumensegel der Reflex. Wird die Rachenschleimhaut bei vom Munde völlig abgeschlossener Rachenhöhle gereizt (Schlucken eines Bissens), so kommt es zur Peristaltik. Ist der Abschluß unvollkommen, zur Antiperistaltik. Fremel.

Zur Frage der idiopathischen Neuralgien des harten Gaumens (Neuralgia n. palatini) und des Mechanismus der Ausstrahlung der Schmerzen im Gebiete des Trigeminus. Von Prof. M. Lepinsky, Kiew. (Zschr. f. d. ges. Neur. 17. 1913.)

Das Vorhandensein von Headschen Zonen im Gesichte bei Gesichtsschmerz spricht für die primäre Erkrankung irgend eines Organes, das auch weit vom Kopf entfernt sein kann; dagegen fehlen diese Zonen bei primärer Erkrankung des Trigeminus. Finden sich bei der Untersuchung des Trigeminus durch Druck auf die Äste keine Valleixschen Punkte, so spricht dieser Umstand in hohem Grade für eine symptomatische Neuralgie. Der Autor zeigt aber an zwei Fällen, daß eine idiopathische Quintusneuralgie und speziell des Gaumenastes auch ohne Valleixsche Punkte ablaufen kann. Typisch für diese Neuralgien sind kurze Schmerzanfälle beim Essen, Sprechen etc. In beiden Fällen konnte der Autor durch Alkoholinjektion in die Fossa pterygopalatina gegen das Ganglion sphenopalatinum den N. palatinus unterbrechen und den Schmerz coupieren. Fremel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Objektiv hörbare endotische Geräusche und Facialistic.

Von Dr. **Rudolf Fischer**, Spezialarzt für Ohren-, Nasen- und Rachenerkrankungen in Teplitz-Schönau.

(Mit 1 Figur.)

Wenn wir uns ein klares Bild von der verschiedenen Art des so häufigen Symptoms der subjektiven Gehörsempfindung verschaffen wollen, so empfiehlt sich — ohne Rücksicht auf anatomische und phylogenetische Zusammenhänge — eine Unterscheidung zwischen solchen Geräuschen, die außerhalb des eigentlichen Ohres, z. B. im pharyngealen Tubenostium, solchen, die im schalleitenden Apparat, d. i. im eigentlichen Mittelohr, entstehen, und endlich denen, deren Ursache in krankhaften Veränderungen im Bereich des Cochlearis einschließlich seiner Endigungen zu sehen ist. Während die letzte Form der subjektiven Geräusche in Analogie zu setzen ist zu Parästhesien, läßt sich für die im Mittelohr entstehenden subjektiven Schallempfindungen zeigen, daß sie durch mechanische Vorgänge bedingt sind, Vorgänge, die tatsächlich schallerregend wirken und deren Effekt wir deswegen nur subjektiv nennen, weil wir für gewöhnlich nicht in der Lage sind, diese feinen und feinsten Geräusche in der gleichen Weise zu erfassen wie das Ohr, in dem sie entstehen (pulsierendes Klopfen bei Hyperämie, Plätschern bei sekretorischem Katarrh, Muskelgeräusche und anderes mehr). Es wären dann bei weiterem Ausbau dieses Gedankens die im Mittelohr entstehenden Geräusche nicht mehr als „subjektiv" im engeren Sinne des Wortes zu bezeichnen, da sie eben die Empfindung eines vielleicht minimalen, jedenfalls aber tatsächlich vorhandenen Schalles sind. Das Bedürfnis, diese Unterscheidung auch in der Terminologie auszudrücken, hat wohl zur Bezeichnung „endotische Geräusche" geführt.

Im Folgenden soll über drei Fälle berichtet werden, die trotz des fehlenden wesentlichen inneren Zusammenhanges deswegen hier angeführt werden, weil sie als gemeinsamen Befund subjektive Geräusche aufwiesen, die objektiv hörbar waren.

Beim ersten Fall war die Entstehung des erwähnten Phänomens im pharyngealen Tubenostium ohne weiteres erkennbar.

Es handelte sich um einen Ingenieur im Alter von 26 Jahren, der — bei vollkommenem Fehlen hysterischer Stigmata — den Eindruck eines schweren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neurasthenikers machte. Dem entsprachen auch der neurologische Befund und die subjektiven Beschwerden. Bei weitem Öffnen des Mundes und ebenso bei forciertem Zurücklegen des Kopfes traten sofort jedesmal bilateral symmetrische klonische Krämpfe der Muskulatur des weichen Gaumens auf, und zwar in so schneller Folge, daß das Gaumensegel zu flattern schien. Gleichzeitig war ein lautes Knacken weit hörbar, und zwar so frequent, daß ein Zählen unmöglich war. Dieses, fraglos durch das Aufreißen der pharyngealen Tubenostien erzeugte Geräusch wurde naturgemäß von dem Patienten als lautes Krachen gehört. Die Trommelfelle waren beiderseits normal und zeigten auch während des Krampfes keinerlei spontane Bewegungen und einen vollkommen ruhigen, normalen Reflex. Funktionell war außer einer leichten Verkürzung der Knochenleitung (Artillerieoffizier) nichts Besonderes nachweisbar und eine etwaige Änderung des Hörvermögens während der beschriebenen Anfälle nicht zu konstatieren, weil das laute Krachen die leise tönende Stimmgabel nicht mehr percipieren ließ. Die Tube war sonst von normaler Durchgängigkeit.[1])

Dieser Fall bot also den Befund von jederzeit willkürlich zu provozierenden Anfällen von klonischen Krämpfen der Muskulatur des weichen Gaumens, die mit lauten, objektiv hörbaren Geräuschen einhergingen, die durch Aufreißen des pharyngealen Tubenostiums entstanden.

Daß es aber andrerseits Fälle gibt, bei denen der Ursprung der Geräusche, sogar der objektiv hörbaren, nicht nachzuweisen ist, zeigt der zweite Fall:

Eine etwa 54jährige, intelligente Dame gibt an, seit frühester Kindheit, jedenfalls aber so weit ihr Erinnern zurückreicht, ein Knacken im Ohr zu hören, das nie aussetzt und an das sie derart gewöhnt ist, daß es sie in keiner Weise belästigt. Sie habe auch deshalb nie einen Arzt konsultiert. (Den vorliegenden Befund verdanke ich der Bereitwilligkeit der Patientin, sich untersuchen zu lassen.)

Familienanamnese negativ. Der Vater hat mit 86 Jahren noch eine Lungenentzündung überstanden. Kinder gesund, hoch intelligent und talentiert. Patientin hat vor 4 Jahren einen Nervenshock infolge Schreck durchgemacht. Vor etwa einem Jahr wurde ich zu ihr gerufen. Sie war im Zimmer zu Boden gestürzt und nunmehr bestand Taubheit, die auf das Aufschlagen mit dem Kopf bei dem Sturz zurückgeführt wurde. Ich fand wenige Stunden nachher die Patientin bei vollem Bewußtsein, allerdings derart schwerhörig, daß nur durch lautes Schreien eine Verständigung möglich war. Kein Anhaltspunkt für Basisfraktur, keine Labyrintherscheinungen, Gehörgang und Trommelfell normal. Der interne somatische Befund war negativ, die Reflexe etwas lebhaft, die Sensibilität an verschiedenen Körperstellen entschieden herabgesetzt. Der bereits nach diesem Befund und dem ganzen Aspekt wahrscheinliche funktionelle Charakter der Schwerhörigkeit wurde durch die vollständige Restitutio ad integrum evident, die in etwa einer Woche erfolgt war. Sonst bis auf einen überstandenen Typhus negative Anamnese, speziell

[1]) Die detaillierten Aufzeichnungen, speziell die Anamnese, sind mir leider durch die Kriegsereignisse verloren gegangen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keine Anhaltspunkte für Lues, Tuberkulose und Erkrankungen des Ohres. Das subjektive Geräusch, das als ein Knacken bezeichnet wird, ist konstant und unabhängig von physiologischen (Menses, Gravidität) und pathologischen Vorgängen (Fieber) und wird auch durch psychische Alterationen nicht beeinflußt. Dabei ist aber das Gehör vollkommen gut und unterscheidet weitgehende musikalische Feinheiten. Dagegen kommen Schwankungen der Frequenz und Intensität der Geräusche ohne jede Ursache vor. Die objektive Untersuchung ergibt normale Trommelfelle und normale Funktion des Cochlearis und Vestibularis. Das Geräusch ist als leises Knacken durch die Luft auf etwa 10 *cm* Entfernung gut hörbar, noch deutlicher durch den Otoskopschlauch. Seine Eigenart wird durch Katheterisieren ebenso wenig verändert wie durch Kompression der Gefäße am Hals (Jugularis und Carotis). (Keine Struma, kein Vitium.) Die pharyngealen Tubenostien zeigen postrhinoskopisch und im Endoskop keine Abweichungen von der Norm. Die Hirnnerven verhalten sich vollkommen normal. Keine hysterischen Stigmata.

Das Zurückreichen dieser Erscheinungen in die früheste Jugend, der fehlende Zusammenhang mit irgend einer Erkrankung des Ohres bei tadelloser Funktion und (auch musikalisch) vollkommenem Gehör einerseits, die absolute Konstanz und die Doppelseitigkeit andrerseits, läßt als die Quelle dieser Geräusche mit größter Wahrscheinlichkeit eine angeborene anatomische Anomalie, jedenfalls im Bereiche des Mittelohres, annehmen. Eine präzisere Form ist dieser Deutung nicht zu geben, da das Knacken jedenfalls nicht als Gefäßgeräusch aufgefaßt werden kann und die Tube als Ursprungsort wohl kaum in Betracht kommen kann.

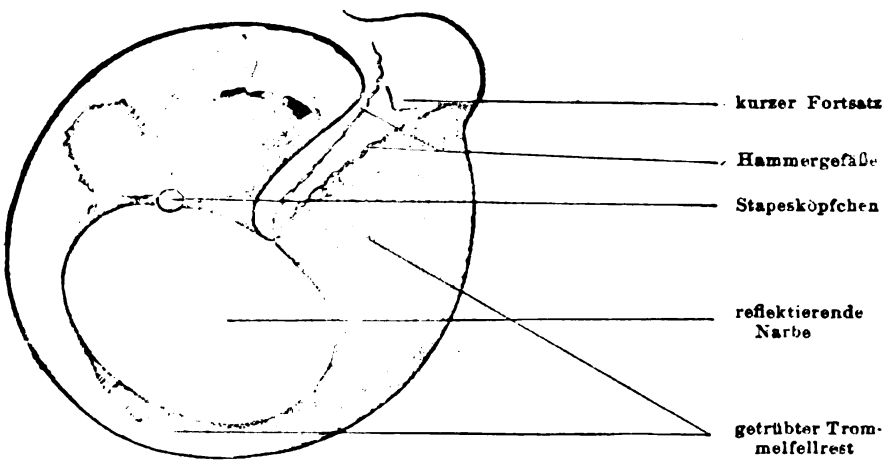
Der dritte Fall bietet einen überraschend interessanten Befund und für die seltenen Erscheinungen eine lückenlose Erklärung.

D. N., 34 Jahre, kam wegen seiner Schwerhörigkeit zur Untersuchung. Der sonst vollkommen gesunde Mann ist kräftig und im guten Ernährungszustand und gibt an, seit seinem 11. Jahr wiederholt beiderseits Eiterung an den Ohren gehabt zu haben und seit vielen Jahren — eine genaue Zeit ist ihm nicht erinnerlich — von ständigen subjektiven Geräuschen verschiedener Art, vor allem aber einem besonders lästigen Krachen im rechten Ohr gequält zu werden. Der otoskopische Befund zeigt links eine gleichmäßig getrübte, ziemlich derbe und resistente Narbenmembran an Stelle des Trommelfelles, die außer dem kurzen Fortsatz als einzigem sichtbaren Hammerrudiment keinerlei Details erkennen läßt. Rechts ist das Trommelfell bis auf die stark getrübte, fast als verkalkt imponierende vordere Hälfte vollkommen durch Narbengewebe ersetzt. Vor allem in der unteren Hälfte eine fast elliptische, mit der längeren Achse auf die Hammerrichtung fast normal orientierte, scharf konturierte Narbe. In der hinteren Hälfte an der Grenze zwischen oberem und unterem Viertel das Stapesköpfchen, von dem nach vorn und hinten je ein Narbenstrang führt. An der hinteren Kontur des Hammers eine kleine, scheinbar ganz dem Promontorium aufliegende Narbe von gleichem Aussehen wie die vordere Hälfte, hinter dieser zwei kleine, weniger getrübte Narben. Der Hammer ist eingezogen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Durch Lufteintreibung durch den Katheter und durch Untersuchung im Sigle-Trichter ist festzustellen, daß der ganze Narbenkomplex weitgehend fixiert und keiner nennenswerten passiven Bewegung fähig ist. Ohne weiteres auffallend ist vor allem, daß auf der elliptischen Narbe in der unteren Hälfte in unregelmäßigen Intervallen ein außerordentlich brillanter Reflex aufblitzt. Als ich, um genauer zu sehen, aus größter Nähe untersuchte, vernahm ich wiederholt zugleich mit dem Aufblitzen ein deutliches Knacken, das ich, als ich einmal darauf aufmerksam geworden war, noch auf mehr als $1^3/_4$ *m* von Ohr zu Ohr hören konnte. Es war dann weiter festzustellen, daß nicht jedes Aufblitzen mit einem objektiv hörbaren Knacken verbunden war. Die weitere Beobachtung des Mannes zeigte, daß im Gebiet des ganzen gleichseitigen (rechten) Facialis ein feiner Tic bestand und daß fast jede Ticzuckung, wie mit dem Otoskopschlauch festzustellen war, mit

Fig. 1.



einem Knacken einherging. Es war also das spontane Aufblitzen des erwähnten Reflexes meist, aber nicht immer, von laut hörbarem Knacken und gleichzeitigem Zucken des gleichseitigen Facialis begleitet. — Der übrige otologische Befund war ohne besonderes Interesse. Funktionell bestand beiderseits eine ausgesprochene Mittelohrschwerhörigkeit hohen Grades mit leichter Degeneration des Cochlearis und vollkommen normales Verhalten des Vestibularapparates. Die Hirnnerven zeigten keinerlei pathologischen Befund, die Innervation und Funktion der Gaumen-Rachenmuskulatur erfolgte prompt und symmetrisch. Die pharyngealen Tubenostien zeigten postrhinoskopisch und im Endoskop normales Aussehen.

Die weitere, durch etwa zwei Monate fortgesetzte Beobachtung des Mannes ergab, daß der beschriebene Befund als vollkommen konstant zu bezeichnen war. Das Trommelfellbild, das subjektiv und objektiv hörbare Knacken und der Facialistic wiesen in der Art dieser Symptomentrias nicht die geringste Änderung auf, abgesehen von Schwankungen in der Frequenz,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die z. B. durch längere Unterredung mit dem Manne erhöht wurde. Auch nach Katheterisierung stieg die Frequenz derart, daß fast jede Sekunde ein lautes Knacken hörbar wurde, und ich bin durchaus geneigt, diese Tatsache viel mehr der durch die Einführung des Katheters bei dem recht unintelligenten Patienten bedingten psychischen Alteration als der direkten Einwirkung der Luftdusche auf das Mittelohr zuzuschreiben. Dieselbe Erklärung ist wohl ohne weiteres annehmbar für den gleichen Effekt bei der kalorischen Spülung am anderen oder nach derselben am gleichen Ohr und bei der Untersuchung des Facialisgebietes mit dem elektrischen Strom. Es liegt nahe, daran zu erinnern, wie häufig ein Facialistic durch psychische, oft ganz geringe Alteration wesentlich gesteigert wird. Die Erklärung des zeitweise aufblitzenden Reflexes am Trommelfell und des mit diesem synchronen Knackens ist auf folgende Art zu geben: Durch eigentümliche Narbenbildung war ein Apparat von Strängen und Membranen zustande gekommen, der ungefähr in folgender Weise funktionierte. Die Ebene der elliptischen Narbe bildete an ihrem unteren Rande mit der des Trommelfellrestes stumpfe Winkel, deren Scheitel eben die untere Kontur der Narbe zusammensetzten. Es handelte sich also um zwei Membranen, deren eine, der konische Trommelfellrest, eine gekrümmte Fläche bildet, so daß die Schnittlinie dieser beiden Flächen (der ebenen Narbe und des konischen Trommelfellrestes) eine Kurve darstellt. Wirkt von oben ein Zug an der Narbenmembran, so kommt es zu einer Streckung der stumpfen Winkel, die bis an 180° heranreichen (oder sogar noch mehr betragen) kann und mit lautem Knacken verbunden ist. Die Richtigkeit dieser Erklärung läßt sich leicht an einem entsprechend zurecht gebogenen Stück Papier, Stanniol oder dergleichen zeigen. Nach dem offenbar ruckartigen Zug kehrt das ganze Membransystem dank seiner Elastizität, die fraglos durch das Zusammenwirken einer gekrümmten und einer nahezu ebenen Fläche wesentlich gesteigert wird, in die Ausgangsstellung zurück und ist bei einem neuerlichen Tic wieder bereit, das Spiel in der beschriebenen Art zu wiederholen. Der offenbar ruckartige Zug wird fraglos durch eine ebenfalls ticartige Kontraktion des Musculus stapedius bewirkt, der am Steigbügelköpfchen inseriert, also gerade dort angreift, wo das Optimum für die Erreichung der Streckung des Membransystems durch Zugwirkung an der Narbe zu suchen ist und der trotz seiner seitlichen Zugrichtung durch die Hebelwirkung des Stapes die erwähnte Streckung bewirken kann. Daß nicht jedes Aufblitzen mit einem objektiv hörbaren Knacken einhergeht, ist wohl so zu erklären, daß eine leichte Kontraktion wohl an dem wie ein Spiegelgalvanometer funktionierenden Reflex sichtbar wird, auch ohne daß es zu der offenbar schon größere Kraft erfordernden Streckung kommt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jedenfalls ist hier der seltene Fall gegeben, daß ein subjektives Geräusch nicht nur objektiv hörbar, sondern auch sichtbar ist.

Die Frage der Lokalisation der als Tic bekannten motorischen Reizerscheinung speziell des Facialis ist heute wohl noch nicht als gelöst anzusehen, da verschiedene Beobachtungen ergeben haben, daß die motorischen Impulse gelegentlich von jedem Abschnitt des Facialis von der Hirnrinde bis zum peripheren Nerven ausgehen können. Jedenfalls ist aber der Ausgang des Reizes in unserem Fall vor dem Abgang des Nervus stapedius zu suchen, kann also in der Paukenhöhle oder von da zentralwärts zu gelegen sein. Jedenfalls wäre es denkbar, daß durch eine zufällige Dehiscenz des Knochens der Facialis in der Paukenhöhle freigelegen sei und daß der Reiz irgendwelcher Narbenbildungen nach Heilung der chronischen Mittelohreiterung die ständigen motorischen Impulse auslöst.

Ähnliche Befunde, wie sie meine beiden ersten Fälle darbieten, sind wiederholt beschrieben; dagegen war es mir nicht möglich, Angaben über meinem dritten Falle ähnliche Beobachtungen zu finden, der einen meines Wissens bisher nicht bekannten Symptomenkomplex darbietet. Bezold[1]) erwähnt in seinem Lehrbuch einen Patienten, bei dem durch willkürlich hervorzurufende Krämpfe des Musculus tensor tympani ein flatterndes Geräusch mit gleichzeitiger Veränderung des Trommelfellreflexes auftrat. Ob das subjektive Geräusch auch objektiv hörbar war, ist nicht näher angegeben, ebenso wenig, wie über das Verhalten des Facialis ein Anhaltspunkt zu gewinnen ist. — Daß die für die Entstehung des Facialistics in meinem Fall gegebene Erklärung nicht unberechtigt ist, zeigt eine bei Strümpell[2]) angeführte Beobachtung, daß ein permanenter Druck (wie er in unserem Fall durch die Annahme von Adhäsionsbildungen bei bloßliegendem Facialis gegeben wäre) tatsächlich den Reiz zu ständigen motorischen Impulsen abgeben kann. Strümpell erwähnt einen Fall von Facialistic, der durch Druck eines Aneurysma der Art. vertebralis auf den Facialisstamm bewirkt wurde.

Die Geräusche sind bei dem ersten Fall tubaren Ursprungs, beim zweiten mit großer Wahrscheinlichkeit und beim dritten mit voller Sicherheit als endotisch zu bezeichnen. Bei den beiden ersten Fällen ist uns die Ursache dieses Phänomens unbekannt, wenn wir uns nicht damit zufrieden geben wollen, ein funktionelles Leiden anzunehmen. Auch die Entstehung, die beim ersten Fall vollkommen klar ist, ist beim zweiten Fall nicht nachzuweisen. Demgegenüber bietet der dritte Fall durch seine

[1]) Bezold, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1906.

[2]) Strümpell, Spezielle Pathologie und Therapie. 1909.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

objektiv kontrollierbaren, von einander abhängigen Symptome die Möglichkeit, Ursache und Wirkung ziemlich restlos zu erklären. Nach Ausheilung einer langdauernden, chronischen Mittelohreiterung kommt es zu Narbenbildungen, durch die einerseits der freiliegende Nervus facialis komprimiert und dadurch dauernd gereizt wird, andrerseits ein Mechanismus gebildet wird, der durch den am allgemeinen Facialistic teilnehmenden Musculus stapedius in Betrieb gesetzt wird, wodurch Bewegungen erzeugt werden, die als aufblitzende Reflexe sichtbar und als Knacken objektiv und subjektiv hörbar sind.

Nachtrag bei der Korrektur. Während der Drucklegung dieser Arbeit kam ein Teil der in meinem Besitz befindlichen Literatur wieder in meine Hände, auf die ich bei der Niederschrift dieser Arbeit leider durch die Kriegsereignisse zu verzichten gezwungen war. Vor allem ist eine Arbeit B. Dedeks[1]) zu nennen, die eine Reihe hierher gehörender Fälle aus der Literatur und einen selbstbeobachteten Fall zusammenstellt. Von diesen Fällen gehört der Dedeks und die in der gleichen Gruppe angeführten fraglos mit meinem ersten Fall in die gleiche Kategorie mit Ausnahme des Falles 5 (Mac Cuen Smith, Philadelphia), der mehr meinem zweiten Fall ähnlich zu sein scheint. Berichte über meinem dritten Falle ähnliche Befunde konnte ich auch in der genannten, die einschlägige Literatur weitgehendst berücksichtigenden Publikation nicht finden.

Aus der Ohrenabteilung der Allgemeinen Poliklinik in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. G. Alexander).

Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde.*)

Von Dr. **A. J. Cemach**, Assistent der Abteilung.

(Mit 4 Figuren.)

(Fortsetzung und Schluß.)

Bei der Anwendung des unfiltrierten Quarzlichts ist es unerläßlich, den Gehörgang abzudecken, da die Haut desselben, zumal an den Stellen, die etwa vom Stift gedrückt werden, schwer geschädigt werden kann. Der Schutz der Gehörgangswand wird am zweckmäßigsten durch einen tief eingeführten Ohrtrichter gewährleistet, der so weit als möglich gewählt werden muß. Am besten eignen sich dazu Glastrichter, die die ultraviolette

---

[1]) B. Dedek, Über Muskelgeräusche des Ohres. Mschr. f. Ohrhlk. 1914. Daselbst auch vollständige Literatur.

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der Österr. otologischen Gesellschaft am 28. IV. 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strahlung sicher absorbieren, dabei aber den Vorzug haben, daß durch die Glaswand kontrolliert werden kann, ob die Achsen des Stiftes und des Trichters eine Gerade bilden, was für den richtigen Einfall des Lichtes ausschlaggebend ist. Ich habe Glastrichter nach nebenstehender Abbildung (Fig. 4) anfertigen lassen, in die sich der Quarzstift gut einfügt. Man kann auch Zelluloidtrichter benützen. Metalltrichter eignen sich nicht, weil sie sich zu stark erwärmen.

Bisher war zumeist von Ohrenkrankheiten die Rede, die, auf der Hautoberfläche bzw. im äußeren Gehörgang sitzend, den Lichtstrahlen direkt ausgesetzt werden konnten. Bei diesen Krankheitsprozessen wurden auch, sofern sie überhaupt durch Lichtenergie zu beeinflussen waren, relativ leicht Heileffekte erzielt. Diese direkte Beeinflussung des kranken Gewebes hört jedoch auf, sobald der Prozeß im Mittelohr lokalisiert ist. Wenn auch das Mesotympanum durch das intakte und in noch höherem Maße durch das defekte Trommelfell den Quarzlichtstrahlen zugänglich gemacht werden kann, so ist eine direkte Belichtung des Hypo- und Epitympanum selbstverständlich ausgeschlossen. Von einer Durchdringung der knöchernen lateralen Paukenhöhlenwände durch Quarzlicht kann gleichfalls keine Rede sein. Es sind daher der unmittelbaren Lichtwirkung im Mittelohr von vornherein sehr enge Grenzen gesetzt. Meine Bemühungen waren daher hauptsächlich darauf gerichtet, durch die Beeinflussung der Umgebung des Ohres mittelst langwelliger Strahlen (konzentriertes Sonnenlicht, Kohlenbogenlicht, Solluxlampe, reines Rotlicht etc.) indirekte Wirkungen im Ohre auszulösen. Zum Teil ist mir dies auch gelungen.

Fig. 4.

Nur bei einer Mittelohrerkrankung war sowohl ihrem Wesen als der Lokalisation der pathologischen Veränderungen nach eine direkte Beeinflussung durch Quarzlicht theoretisch nicht ausgeschlossen, vielmehr mit gewisser Sicherheit vorauszusehen. Ich meine den **chronischen Adhäsivprozeß,** und zwar diejenigen Formen, bei denen die klinischen Erscheinungen allein oder hauptsächlich auf der Bildung umschriebener Adhäsionen beruhen, die so lokalisiert sind, daß sie eine Fixation der Gehörknöchelchen und besonders der Stapesplatte bedingen. Letztere sowie die untere Partie der Gehörknöchelchenkette mit ihren Bändern und dem Amboß-Steigbügelgelenk kann von den Strahlen, die das zumeist atrophische und transparente Trommelfell ohne weiteres durchdringen, direkt getroffen werden; in den Attik kann das Licht allerdings nur durch Reflexion von der in diesen Fällen gewöhnlich bindegewebig verdickten, matt glänzenden medialen Paukenhöhlenwand gelangen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daß die Größe dieser Reflexion nicht zu vernachlässigen ist, habe ich mich an einem Falle, bei dem die Verhältnisse allerdings günstiger lagen, experimentell überzeugt. Es war eine mit Totaldefekt des Trommelfells und der lateralen Attikwand und sehr schöner Epithelisierung der Paukenhöhle ausgeheilte Mittelohreiterung. Es ist mir gelungen, im verdunkelten Raume beim Scheine einer gelben elektrischen Glühbirne ein entsprechend zugeschnittenes, mit dünnem Seidenfaden armiertes Stückchen Chlorbromsilberpapier in den Aditus ad antrum in gedeckte Stellung vorzuschieben. Dann wurde der Stift der Quarzlampe ohne genauere Einstellung einige Millimeter tief in den Gehörgang eingeführt und unfiltriertes Licht 5 Sekunden lang hineingesendet. Trotz der kurzen Expositionszeit war das lichtempfindliche Papier intensiv geschwärzt, der rote Seidenfaden hob sich als feiner weißer Strich vom dunklen Grunde ab. Es ist daher gut denkbar, daß bei Adhäsivprozeß das in den Attik reflektierte Licht bei längerer Belichtungsdauer wohl imstande sei, dort auch eine therapeutische Wirkung auszulösen. Diese Wirkung konnte sich nun in der Lockerung, vielleicht sogar in der Resorption der bindegewebigen Adhäsionen äußern und zu einer Mobilisierung der Gehörknöchelchenkette führen, ein Ziel, das man seinerzeit durch die Einleitung von Dämpfen resp. Injektionen medikamentöser Flüssigkeiten in die Paukenhöhle anstrebte. Diese Vermutung erwies sich in vielen Fällen als richtig.

Die eklatante narbenlösende Wirkung des Quarzlichts kommt gewöhnlich bei der Kompressionsbehandlung zur Geltung. In diesem Falle aber wäre Kompression nicht nur technisch unausführbar, sondern wahrscheinlich auch überflüssig, da es sich um nahezu gefäßloses Gewebe handelt. Ich wende daher Nahbestrahlung mit Blaulicht an, beginnend mit 15 Minuten und um je 15 Minuten steigend bis zu einer Stunde. Der Stift wird bei gestrecktem Gehörgang möglichst tief eingeführt, bei stärker gekrümmtem Gehörgang muß man sich zuweilen eines Leitungsrohres (Glastrichters) bedienen. Die richtige Einstellung des Stiftes ist nur bei weitem Gehörgang möglich.

Die Schwierigkeit der Einstellung und wahrscheinlich auch der Umstand, daß nur ein Teil der Adhäsivprozesse den Strahlen zugängliche und einer Lockerung und Rückbildung fähige (elastische, kernreiche) Schwartenbildungen aufweist, bringen es mit sich, daß nur wenige Fälle eine deutliche Beeinflussung durch Quarzlicht erkennen lassen. Tritt aber ein Erfolg ein, so ist er, sofern er in der Verbesserung der Hörschärfe und der Beseitigung subjektiver Geräusche zur Geltung kommt, in vielen Fällen sehr befriedigend. Ich habe 60 Fälle von Adhäsivprozeß bestrahlt, darunter in 11 Fällen (zirka 20%) mehr oder weniger weit-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehende subjektive und objektive Besserung erzielt. Zwei Fälle will ich hier anführen:

1. S. Sch., 18jähriges Mädchen. Vor 3 Jahren Media links, seit zirka 2 Jahren hochgradige Schwerhörigkeit und Ohrensausen. — Otoskopisch: Chronischer Adhäsivprozeß, mit Siegle nirgends Bewegung sichtbar. Funktionell: Schalleitungshindernis. Hörweite links: akzentuierte Fl.-Spr. 1,5 *m*. Seit 8 Monaten in ohrenärztlicher Behandlung (Katheter, Massage) ohne den geringsten Erfolg. — Am 6. II. erste Bestrahlung, Weißlicht, 1,5 Minuten. Am nächsten Tage auffallende Besserung des Gehörs. Pat. teilt, freudig erregt, mit, sie habe die Empfindung, „als wäre ein Schleier vom Ohre gefallen". Objektiv: 4 *m* akzentuierte Fl.-Spr.! Otoskopisch: Das bisher trübgraue Trommelfell sieht serös durchtränkt aus, am Hammergriff Injektion; mit Siegle keine Bewegung. Katheter, Pneumomassage. Nach weiteren zwei Belichtungen (blau, 10—15 Minuten) zeigte sich leichte Bewegung im vorderen oberen Quadranten. Gleichzeitig verlor sich das lästige Ohrensausen. Befund nach 10 Bestrahlungen (blau, bis $^3/_4$ Stunden): Im vorderen oberen Quadranten frei bewegliche Narbe, minimale Beweglichkeit auch hinten unten. Ohrensausen 0. Hörweite: 7—8 *m* für akzentuierte Fl.-Spr. Dieses Resultat hielt bis November desselben Jahres unverändert an, dann verließ Pat. Wien.[13])

2. K. H., 26jährige Frau. Schwerhörigkeit und Ohrensausen links seit 2 Jahren. Otoskopisch: Adhäsivprozeß, Trommelfell überall fixiert. Funktionell: Schalleitungshindernis. Hörweite: akzentuierte Fl.-Spr. 50 *cm*, Konv.-Spr. 3—4 *m*. — Die ersten 4 Bestrahlungen (bis 20 Minuten, blau) brachten keine Besserung, nach der 5. Sitzung erklärte jedoch Pat. spontan, heute zum ersten Male bei verstopftem rechten Ohre das Ticken der Wanduhr gehört zu haben. Die Hörprüfung ergab Besserung der Hörweite bis zu 2 *m* Fl.-Spr. Nach 14 Sitzungen (maximal 1 Stunde, blau) wurde Pat. beinahe ohne Ohrensausen und mit einer Hörweite von 3—4 *m* entlassen. Otoskopisch war keine Änderung, speziell keine Mobilisierung des Trommelfells zu erkennen.

Ich will mich auf die Anführung dieser beiden Fälle, die einen raschen und einen langsameren Heileffekt der Lichtbehandlung illustrieren, beschränken. In den übrigen gebesserten Fällen war der Verlauf annähernd derselbe. Die durchschnittliche Verbesserung der Hörweite betrug zirka 300%, wobei Fälle, die einen nur kleinen Fortschritt, beispielsweise von 50 auf 100 *cm*, erkennen ließen, gar nicht mitgerechnet wurden. Das Ohrensausen verschwand bei 14 von 60 Patienten.

---

[13]) Demonstriert in der Aprilsitzung 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Betont sei, daß ich gleichzeitig andere Methoden, insbesondere Katheterismus und Pneumomassage anwendete und ihre Anwendung dringend empfehlen möchte. Auf die Lufteintreibung lege ich deshalb besonderen Wert, weil ich von ihr eine Dehnung der durch das Licht gelockerten Bindegewebsbrücken erwarte. Für selbstverständlich halte ich es ferner, daß der lokalen Behandlung des Ohres eine gründliche Untersuchung und Behandlung des Nasenrachentraktes vorangehen muß.

Der Vollständigkeit halber möchte ich hier erwähnen, daß bei einer Reihe von Fällen, die an subjektiven Geräuschen mit oder ohne nachweisbare organische Ursache litten, Besserungen oder Heilungen durch Licht erzielt wurden. Ich messe diesen, zum Teil ganz zufälligen Erfolgen keine weitere Bedeutung bei und erwähne sie lediglich als Anregung zu weiterem Studium. Ich kann mir den Mechanismus der Lichtwirkung in diesen Fällen um so weniger erklären, als der Heileffekt ganz unabhängig von der Technik, einmal mit Weiß-, einmal mit Blaulicht, sowohl bei Nahwie bei Distanzbestrahlung mit verschiedenen Lichtquellen sich zeigte. In vielen Fällen reichte eine einmalige kurze Belichtung der Schläfengegend aus 60—70 *cm* Entfernung aus, um lange Zeit bestehendes Ohrensausen zu beseitigen. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich in der Mehrzahl dieser Fälle eine suggestive Wirkung annehme. Zum Teil wird es sich wohl um beginnende Otosklerosen gehandelt haben, die ja bekanntermaßen auf jede Behandlung zunächst günstig reagieren, zum Teil um vasomotorische und rein funktionelle Störungen, die auf dem Wege des Nervensystems beeinflußt werden können. Zum sicheren Urteil fehlt uns eine genauere Kenntnis des Wesens und der Ursachen der subjektiven Gehörsempfindungen.

Bei klinisch festgestellten Otosklerosen habe ich, abgesehen von einer vorübergehenden initialen Besserung, keinen positiven Einfluß der Lichtbehandlung konstatieren können.

Sehr schwierig und unsicher ist die Beurteilung der Lichtwirkung bei **akuten Entzündungen** des Mittelohres und Warzenfortsatzes. Die Heilung hängt hier von so vielen Faktoren ab, daß für die richtige Einschätzung des Anteils, den das Licht an diesem Heileffekt hat, keine objektiven Anhaltspunkte vorliegen. Und hat man einmal die feste Überzeugung gewonnen, daß der Verlauf im gegebenen Falle durch die Lichtbehandlung wesentlich abgekürzt bzw. daß der günstige Ausgang auf das Konto derselben zu schreiben sei, so fällt es noch schwerer, diese Überzeugung auch dem Nichtbeobachter beizubringen und unwiderlegliche Beweise für die Richtigkeit dieser Annahme zu liefern.

Ein unzweifelhaft dankbares Objekt der Lichtbehandlung sind: die einfache akute Mittelohrentzündung und der akute

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

exsudative Mittelohrkatarrh. Ein sehr beliebtes Mittel im ersten Stadium dieser Erkrankungen ist die Applikation von Wärme in verschiedener Form (Prießnitz, Kataplasmen, Thermophor). Wie ich aber oben auseinandergesetzt habe, ist die Heilwirkung der strahlenden Wärme der der leitenden Wärme in der Tiefe gewaltig überlegen. Es lag daher der Gedanke nahe, in allen Situationen, wo antiphlogistische Maßnahmen indiziert scheinen, die bisher verwendeten Wärmespender durch Licht zu ersetzen. Als Lichtquellen eignen sich in diesem Falle diejenigen Apparate, die langwellige (wärmereiche und stark penetrierende) Strahlung aussenden, also Kohlenbogenlampen (mit Reflektor oder Sammellinse) und starke Glühfadenlampen (mit oder ohne Rotscheibe). Im Gebrauch bequemer und billiger sind die letzteren. Ich habe größtenteils die Solluxlampe benützt. Sie wird in 10—12 *cm* Entfernung auf die Ohrmuschel und die retroaurikuläre Region eingestellt; Belichtungsdauer 1 Stunde, täglich um 20—30 Minuten steigend. Die Quarzlichtbehandlung mit eingeführtem Stift verbietet sich schon deshalb, weil die Einführung desselben mit Schmerzen verbunden ist.

Jede akute Mittelohrentzündung, die noch nicht reif ist für die Paracentese, kann bestrahlt werden. Durch die Behandlung zahlreicher Fälle bin ich zur Überzeugung gelangt, daß die rechtzeitige energische Anwendung der strahlenden Wärme den Verlauf der einfachen akuten Mittelohrentzündung entschieden günstig zu beeinflussen vermag. Sehr oft nimmt der Schmerz gleich nach der ersten Bestrahlung ab oder verschwindet ganz, und schon nach der nächsten Sitzung ist auch objektiv ein Rückgang der akuten Erscheinungen feststellbar. Zuweilen macht sich die Wirkung erst nach einigen Sitzungen bemerkbar. Ein Beweis, daß der betreffende Fall ohne Lichtbehandlung anders verlaufen wäre, ist selbstverständlich ausgeschlossen. Ich muß es den Kollegen überlassen, sich ihr Urteil auf Grund eigener Erfahrungen zu bilden. Meines geht dahin, daß ich während der Zeit, wo ich jede beginnende Otitis media bestrahlt habe, viel seltener in die Lage kam, zur Paracentesenadel zu greifen, als ich gewohnt war. Es wäre jedoch ein Fehler, sich auf die Lichtwirkung blind zu verlassen und dadurch den richtigen Moment für die Paracentese zu versäumen.

Dasselbe gilt für die akute Mastoiditis. Auch hier ist es mir wiederholt gelungen, frisch aufgetretene Warzenfortsatzsymptome durch intensive Bestrahlung zur Rückbildung zu zwingen, ohne daß ich behaupten könnte, daß dieselben Erscheinungen etwa durch Thermophorbehandlung nicht zu beseitigen wären. Ich spreche von Mastoiditiden, die in der 3. bis 4. Woche der Mittelohrentzündung aufgetreten sind und sich zunächst nur durch circumscripte Druckempfindlichkeit zu erkennen gaben. Es fiel mir selbstverständlich nicht ein, Fälle zu bestrahlen, bei denen Weichteilödem,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diffuser Druckschmerz, Senkung der Gehörgangswand, Kopfschmerz, Fieber etc. die Aussichtslosigkeit jeder konservativen Therapie besiegelten. Bei strenger Einhaltung dieser Indikation dürfte jeder Kollege gleich mir den Eindruck gewinnen, daß mancher Fall, der sonst dem Meißel nicht entgangen wäre, durch die Wirkung des Lichtes vor der Operation bewahrt worden sei.

Eine günstige Einwirkung des Lichts auf die akute eitrige Mittelohrentzündung konnte ich nicht einwandfrei feststellen. Wenn es auch in manchen Fällen den Eindruck erwecken mochte, als sei der Verlauf durch die Lichtbehandlung bedeutend abgekürzt worden, so fehlte naturgemäß jedes Kriterium zur objektiven Feststellung dieser Beschleunigung. Die Anwendung des Lichtes bei eitrigen Entzündungen darf nur mit Vorsicht, unter sicherer Vermeidung einer Hautreaktion geschehen, da die entzündete Haut einen günstigen Boden für die Ansiedlung der aus dem Mittelohre angeschwemmten Eitererreger abgibt und eine Externa die unliebsame Folge wäre.

Beim akuten exsudativen Katarrh habe ich dieselben Erfahrungen gemacht, wie bei der akuten serösen Entzündung. Die Lichtwirkung muß natürlich nach Ablauf der akuten Erscheinungen durch Lufteintreibung unterstützt werden. Ich schätze die resorptionsfördernde Wirkung des Lichts beim akuten exsudativen Katarrh ziemlich hoch ein. Ähnliche Erfolge erzielte ich zuweilen auch durch direkte Bestrahlung des Trommelfells mit blauem Quarzlicht, gebe aber der ersten Methode den Vorzug.

Ein schwieriges Problem bildet die Behandlung der **chronischen Mittelohreiterung.** Daß Mittelohreiterungen skrophulöser Kinder durch Luft-Lichtbäder sehr günstig beeinflußt werden, wurde oben hervorgehoben. Diese Erfahrung machte auch Aigner bei einem 12jährigen Mädchen (die einzige einschlägige Angabe in der deutschen Literatur). Ferner werden tuberkulöse Mittelohreiterungen durch allgemeine Lichtbehandlung, speziell Sonnenlichtbehandlung, wie erwähnt, entscheidend beeinflußt. Die Wirkung des Lichtes bei nicht spezifischer Mittelohreiterung ist nach meinen bisherigen Erfahrungen nicht eindeutig genug, um eine Beurteilung zu erlauben. Ich habe zahlreiche chronische Eiterungen nach Beseitigung etwaiger die Heilung hemmender Momente (Granulationen etc.) auf alle möglichen Arten mit Quarz-, Kohlenbogen- und Sollux-licht behandelt. Es wurden dazu reine Schleimhauteiterungen verwendet, da mit Knochenfisteln bzw. Cholesteatom komplizierte Fälle a priori keine Chancen boten. Das Quarzlicht (weiß und blau) wurde mittelst des Stiftes in den Gehörgang, der durch einen Glastrichter geschützt war, geleitet, die anderen Lichtarten dagegen auf Distanz appliziert. Der Erfolg

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war verschieden. In sehr vielen Fällen blieb er aus, doch habe ich eine stattliche Reihe von geheilten Fällen zu verzeichnen. Die Heilung nahm durchschnittlich 12 Sitzungen in Anspruch und erfolgte zumeist bei Quarzlichtbehandlung. Von einer medikamentösen Therapie wurde abgesehen, jedoch für Entfernung des Sekrets durch Austupfen, Katheterismus der Tube etc. gesorgt. Keinesfalls steht es sicher, welcher Anteil an diesem Heilungsprozeß dem Quarzlicht zukommt.

Aus alledem ist zu ersehen, daß das Urteil über die Rolle, die die Lichtbehandlung in der Therapie der akuten und chronischen entzündlichen Mittelohraffektionen zu spielen berufen ist, noch keineswegs spruchreif ist. Es müssen weitere Erfahrungen gesammelt werden, es muß vielleicht auch die Technik vervollständigt werden. Wenn mehrere Beobachter Erfahrungen ausgetauscht haben, mögen sie ebenso unbestimmt sein wie die meinigen, so wird der Meinungsaustausch leicht zur sicheren Erkenntnis führen.[14])

Anschließend möchte ich darauf aufmerksam machen, daß die im Verlaufe akuter Mittelohrentzündungen nicht selten auftretenden, zuweilen recht hartnäckigen Schwellungen der infraaurikulären Lymphdrüsen auf kombinierte Quarz-Nitralichtbestrahlung rasch zu verschwinden pflegen. Ich habe auf diese Weise einige subakute Lymphome beseitigt, die durch Kataplasmen etc. nicht beeinflußt werden konnten.

---

[14]) Anmerkung bei der Korrektur: Die soeben erschienene Denkschrift der reichsdeutschen Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte über „Die Lichtbehandlung in den deutschen Lungenheilanstalten“ (Beitr. z. Klinik der Tbc. VIII. Supplementband) bringt einen Beitrag von Assistenzarzt Dr. Scheffer-Lostau „Über die Behandlung von Mittelohrerkrankungen Tuberkulöser mit künstlicher Höhensonne“. Scheffer scheint Fachkenntnisse zu besitzen, was seiner Mitteilung einen kasuistischen Wert verleiht. Er bediente sich einer Bachschen Höhensonne, deren Strahlen er durch einen Ohrentrichter in die Paukenhöhle zu leiten versuchte. Die erste Sitzung dauerte 10 Minuten aus 25 *cm* Abstand (offenbar Weißlicht), dann ging Scheffer schnell (in 3 Sitzungen!) auf ¾ Stunden Bestrahlungsdauer aus einer Entfernung von 10 *cm* hinauf. Ob es dabei zu stärkeren Reaktionen kam, wird nicht erwähnt. Trotz der unvollkommenen Technik hat Scheffer bei 4 von 5 behandelten Fällen Heilung erzielt. Die ersten zwei Fälle (akute Mittelohrentzündungen) sind kaum als beweiskräftig zu erachten, die anderen zwei aber insofern interessant, als es sich um chronische rezidivierende Eiterungen handelte, darunter eine mit lebhafter fötider Absonderung, die sich allen anderen Behandlungsmethoden gegenüber sehr refraktär erwiesen hatten. Sie wurden nach 5 bzw. 15 Sitzungen zum Stillstand gebracht. Es liegt kein Grund zur Annahme vor, daß diese Eiterungen tuberkulöser Natur waren, was auch Scheffer korrekterweise dadurch andeutet, daß er von „Mittelohrerkrankungen Tuberkulöser“ spricht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Den wohltuenden Einfluß der Phototherapie auf den Ablauf der **Wundheilung** zu verwerten, werden auch wir gar nicht selten in die Lage kommen. Dabei werden wohl aus technischen Gründen hauptsächlich künstliche Lichtquellen zur Anwendung gelangen. Besonders häufig bot sich dazu Gelegenheit während des Krieges, als die meisten Wunden der Ohrgegend in schwer infiziertem Zustande in unsere Hände gelangten, gleichwohl ob es sich um Schußverletzungen oder um operative Wunden nach im Felde ausgeführten Antrotomien handelte. Bei der Behandlung solcher Wunden habe ich stets vom Quarzlicht Gebrauch gemacht und seine hervorragende, in der raschen Reinigung des Wundterrains und in der Beschleunigung der Granulierung und Vernarbung zutage tretende Wirkung zu schätzen gelernt. Ich denke dabei besonders an einen Fall: eine schwere Granatverwundung mit Zertrümmerung des Warzenfortsatzes und Abreißung der Ohrmuschel, die nach 6tägigem Transport in entsetzlichstem Zustande ankam. Unter Quarzlichtbehandlung war die Wunde am 12. Tage nach der Aufnahme mit gesundem Granulationsrasen bedeckt und in der 5. Woche zu zwei Drittel vernarbt, so daß der Mann in die Heimat transferiert werden konnte. Ich wäre sonst zufrieden, den gleichen Zustand in 3 Monaten erreicht zu haben.

In der Friedenspraxis werden wir solchen verunreinigten Wunden seltener begegnen. Wir werden vom Quarzlicht hauptsächlich Gebrauch machen bei der Behandlung torpider, träge granulierender Operationswunden. Als solche kommen zunächst tuberkulöse Wunden in Betracht, die wir neben energischer Allgemeinbestrahlung, womöglich mit Sonnenlicht, auch lokal mit filtriertem Quarzlicht, eventuell unter Kompression, behandeln werden, um die fehlende Granulierung anzuregen. Auch die Abstoßung tuberkulöser Sequester und nekrotischer Weichteile geht unter Weißlichtbestrahlung in beschleunigtem Tempo vor sich. Ein weiteres Objekt bilden Operationswunden, die ohne spezifische Ätiologie, aus irgend einem anderen, oft schwer feststellbaren Grunde, mangelhafte Granulierungstendenz besitzen und mit einer mehr oder weniger umfangreichen Vertiefung ausheilen. Diese Dellenbildung kann durch Blaulichtbestrahlung, die die Granulierung anregt, verhindert werden, was unter Umständen angenehm empfunden werden dürfte, zumal in der Privatpraxis.

Durch Pyocyaneus infizierte Wunden werden durch weißes Quarzlicht gereinigt.

In einigen Fällen, wo nach Radikaloperation keine endgültige Ausheilung eintreten wollte und die Sekretion anhielt, habe ich durch Quarzlichtbestrahlung in der Tiefe vollkommene Epithelisierung erzielt. In einem Falle, wo durch Granulome eine Verengerung der Plastik sich zu bilden drohte, gelang es mir, durch Kompressionsbehandlung mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

unfiltriertem Quarzlicht die Wucherungen zur Einschmelzung zu bringen und die Stenose zu beseitigen.

Bei Radikaloperierten treten zuweilen Rezidive auf in Form circumscripter Ulcerationen, zumeist an der Labyrinthwand. Diese granulierenden Stellen sezernieren mäßig, schließen sich scheinbar nach Ätzung, um nach einiger Zeit wieder aufzubrechen. Gewöhnlich besteht dahinter eine umschriebene Erkrankung der Labyrinthkapsel. Es ist mir wiederholt gelungen, solche Stellen durch eine energische Ätzung mit weißem und Nachbehandlung mit blauem Quarzlicht zu dauernder Vernarbung zu veranlassen. Ich führe die Heilung nicht so sehr auf die Verätzung des Ulcus, als auf die durch Lichtwirkung herbeigeführte Umstimmung des knöchernen Bodens zurück. Bei diesen Prozeduren darf man nicht unterlassen, die epithelisierten Partien der Operationshöhle abzudecken, um sie vor Verätzung zu schützen. Das geschieht am einfachsten durch Auftragen von Scharlachrot- oder Reflexinsalbe, die die chemischen Strahlen sicher absorbieren.

Eine nützliche Anwendung findet ferner das Quarzlicht bei plastischen Operationen, speziell bei der Sekundärnaht nach ausgedehnten Aufmeißelungen, beim Verschluß retroaurikulärer Fisteln usw. Die gewöhnlich in nicht ganz aseptischem Terrain liegenden Nähte verfallen nicht selten einer Infektion, die den Erfolg des Eingriffes in Frage stellt. Ich suchte, solchen Komplikationen durch prophylaktische vorsichtige Quarzlichtbestrahlungen vorzubeugen und habe in allen so behandelten Fällen glatte Heilung beobachtet. Ja, in einem Falle, wo mehrere Stichkanäle bereits zu sezernieren begonnen hatten, ist es mir durch sofortige Bestrahlung gelungen, die Infektion aufzuhalten. Bei der Durchsicht der Literatur fand ich später, daß auch Budde das Quarzlicht bei chirurgischen Plastiken mit befriedigendem Erfolg benutzte. Er empfiehlt mit Recht größte Vorsicht, da gerade unter solchen Bedingungen eine Hautreaktion die beabsichtigte Wirkung in ihr Gegenteil umzukehren vermag, indem sie den Boden für eine Infektion vorbereitet.

Schließlich erwähne ich noch, daß ich ein zirka fingerdickes, nach der Jugularisunterbindung bei einem Mädchen in der Halsnarbe entstandenes Keloid durch Kompressionsbehandlung mit weißem Quarzlicht nahezu ganz beseitigen konnte.

Als letzte Indikation wäre noch anzuführen der roborierende Einfluß des Quarzlichtbades auf durch intrakranielle Komplikationen, insbesondere längerdauernde septische Zustände erschöpfte und heruntergekommene Patienten. Die Anregung zu dieser Anwendungsform des Lichtbades kam aus den Kriegslazaretten und auch ich hatte während des Krieges wiederholt Gelegenheit, die ausgezeichnete Wirkung des Quarz-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichts auf den erschöpften Organismus Schwerverwundeter zu beobachten. Unter anderem habe ich auch einen Soldaten bestrahlt, der nach Sinusthrombose 15 Tage lang septisch fieberte und mehrere chirurgische Eingriffe über sich ergehen lassen mußte. Ich habe bereits in der 2. Krankheitswoche, als der Ernährungszustand arg daniederlag, die Nahrungsaufnahme fast aufhörte und Patient, körperlich und psychisch verfallen, einen trostlosen Anblick darbot, mit vorsichtigen Lichtbädern begonnen. Die Wirkung war schon nach der zweiten Sitzung erkennbar: Patient fühlte sich frischer, kräftiger; nach der 4.—5. Bestrahlung war auch schon objektiv eine Kräftezunahme zu konstatieren, der Puls besserte sich, es stellte sich Nahrungsbedürfnis ein. Patient erklärte spontan, er fühle sich nachmittags (nach dem Lichtbad) viel wohler. Ebenso günstig wurde der Zustand eines Soldaten beeinflußt, der nach Kopfschuß mit Gehirnabsceß und nachfolgender Trepanation ein schweres Krankenlager durchmachte. Auffallend rasch erholten sich unter Lichtbehandlung einige nach intranasalen Eingriffen total ausgeblutete Patienten.

Ich verwende in solchen Fällen grundsätzlich Blaulicht und verabreiche täglich ein Lichtbad, nach Tunlichkeit auch auf die Rückenseite, beginnend mit 20 Minuten und je nach dem Kräftezustand steigend bis 40—60 Minuten. Wenn kühle Abreibungen verordnet waren, habe ich sie anschließend machen lassen.

Als Kontraindikationen gelten für das Sonnenlichtbad: Neurasthenie, aktive Phthise mit Neigung zu Hämoptoe und Vitien. Ob diese Gegenanzeigen auf sicher beobachteten Schädigungen und nicht auf Angstphantasien verstimmter Internisten beruhen, möchte ich dahingestellt sein lassen. Schweizer Heliotherapeuten lächeln darüber. Mit einiger Vorsicht und individueller Anpassung kann man jeden Fall bestrahlen.

Kontraindikationen gegen das Quarzlicht kenne ich gleichfalls nicht. Kautz sah bei luetischen Affektionen Schmerzen auftreten und geht so weit, in jedem Falle, wo im Anschluß an die Bestrahlung vermehrte Beschwerden aufgetreten sind, eine Blutuntersuchung nach Wassermann zu verlangen. Ich konnte lediglich konstatieren, daß sich Gummen refraktär verhalten, über Zunahme der Schmerzen wurde niemals geklagt. Thedering warnt vor der Anwendung von Quarzlicht auf röntgenbestrahlte Haut, bevor die Röntgenreaktion ganz abgelaufen ist, da sich gangränöser Zerfall der Haut anschließen kann. Auch jodbestrichene Haut wird nach A. Mayer durch Quarzlicht geschädigt. Ich kann dieser Angabe nicht beipflichten.

Ungünstige Nebenwirkungen habe ich bei der von mir geübten Bestrahlungstechnik nie erlebt. Eine Schädigung des inneren Ohres durch Quarzlicht findet nicht statt, zumindest wurde lange fortgesetzte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bestrahlung der medialen Paukenhöhlenwand mit Quarzlicht vom Labyrinth ohne jede Störung vertragen.

M. H.! Ich habe hier vor Ihnen ein reichhaltiges Programm entworfen. Damit will ich nicht gesagt haben, daß das Licht in allen Fällen, die den von mir aufgestellten Indikationen entsprechen, wirken kann und muß. Ein Allheilmittel ist das Licht keineswegs. Es versagt oft gerade in den Fällen, die am meisten geeignet erscheinen, und wirkt dagegen Wunder in Fällen, wo ein Heilerfolg gar nicht erhofft wird. Es sind eben die Gesetze seiner Heilwirkung noch nicht erforscht, wir tasten bei der Anwendung des Lichtes im Dunkeln. Wo es aber gelungen ist, die individuell richtige Anwendungsform zu finden, erscheint das Licht als Heilfaktor von ausschlaggebendem Werte, der bei zweckentsprechender Kombination mit den bewährten alten Methoden erst recht zur Geltung kommt. Diese Methoden zu verdrängen, maßt sich die Lichtbehandlung nicht an, sie will nur dort an ihre Stelle treten, wo sich jene insuffizient erweisen. Ob alle die aufgestellten Indikationen zu Recht bestehen, ob neue dazu kommen werden, wird die weitere Erfahrung lehren. Eines steht jedenfalls fest: Daß man durch Lichtwirkung auch bei Ohrenkrankheiten Heilerfolge erzielen kann. Und ist dem so, so steht es beinahe ebenso fest, daß die Phototherapie, die alle Gebiete der praktischen Medizin erobert hat, auch auf unserem Gebiete festen Boden fassen wird.

Literatur. Die Literatur der Lichtbehandlung ist unübersehbar, die Quarzlichtliteratur allein umfaßt über 600 Nummern. Ich gebe im folgenden die wichtigsten Arbeiten an, die mir im Original zugänglich waren.

Abkürzungen: A. f. Ph. = Archiv für Physiologie. — A. f. D. = Archiv für Dermatologie und Syphilis. — B. z. Tbc. = Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. — B. kl. W. = Berliner klinische Wochenschrift. — C. f. Tbc. = Internationales Centralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung. — D. m. W. = Deutsche medizinische Wochenschrift. — E. d. Ph. = Ergebnisse der Physiologie. — F. M. = Mitteilungen aus Finsens Institut. — J. K. = Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, herausgeg. von Lehmann, München. — M. Kl. = Medizinische Klinik. — M. n. A. = Medizinisch-naturwissenschaftliches Archiv. — M. f. O. = Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. — M. m. W. = Münchener medizinische Wochenschrift. — ST. = „Strahlentherapie". — W. kl. W. = Wiener klinische Wochenschrift. — W. m. W. = Wiener medizinische Wochenschrift. — Z. f. B. = Zeitschrift für Balneologie etc. — Z. f. Tbc. = Zeitschrift für Tuberkulose.

1. Abhandlungen allgemeinen Inhalts: Breiger, Überblick über die Entwicklung der Lichttherapie in den ersten 15 Jahren. M. m. W. 1913. 7. — Freund, Die Vor- und Nachteile verschiedener Apparate zur Phototherapie. D. m. W. 1914. 4. — Heusner, Zum 10jährigen Jubiläum der medizinischen Quarzlampe. ST. VII. — Laqueur, Physikalische Therapie. M. Kl. 1915. 52. — Müller, Über den derzeitigen Stand und die Aussichten der Aktinotherapie. D. m. W. 1907. 33. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmidt, Kompendium der Lichtbehandlung. Leipzig 1913. — Strauss, Strahlentherapie (Sammelreferat). M. Kl. 1918. — Wiesner, Sammelreferat. A. f. Ph. 6.

2. Theorie der Lichtwirkung: Bering, Über die Wirkung violetter und ultravioletter Lichtstrahlen. M. n. A. 1907. — Bering und Mayer, Experimentelle Studien über die Wirkung des Lichtes. ST. I. — Breiger, Die Lichttherapie im Weltkriege. ST. VIII. — Diesing, Das Licht als biologischer Faktor. Leipzig 1909. — Friedberger und Shioji, D. m. W. 1914. 12. — Gebhard, Die Heilkraft des Lichtes. Leipzig 1898. — Gunni Busk, Lichtbiologie. F. M. VIII. 1904. — Hausmann, Über einige Beziehungen der natürlichen Pigmente zum Licht. E. d. Ph. 1917. — Heusner, Elektrobiologie und Lichtwirkung. ST. VII. — Jesionek, Heliotherapie und Pigment. Z. f. Tbc. Bd. 24; Richtlinien der modernen Lichtbehandlung. ST. VII; Lichtbiologie und Lichttherapie. Wiesbaden 1912. — Johansen, Die Energiestrahlung des Kohlenlichtbogens, des Quecksilberlichtbogens und der Sonne und ihre spektrale Verteilung. ST. VI. — Meirowsky, ST. II. — Mulzer, Biologische Tiefenwirkung des Quarzlichtes. M. Kl. 1907. 29. — Neuberg und Schwarz, Zur Lehre von der biochemischen Lichtwirkung. B. kl. W. 1918. — Pürkhauser, Tiefenwirkung der Quarzlampe. A. f. D. 1907. — Schanz, Licht und Leben. A. f. Ophthalmol. Bd. 96; Über die Beziehungen des Lebens zum Licht. M. m. W. 1915. 39; Biologische Wirkungen des Lichtes. J. K. 1918 und Biochem. Zeitschr. Bd. 71. — Schulz, Zur Frage der Tiefenwirkung des ultravioletten Lichts. Dermat. Zeitschr. 1907. — Wichmann, Untersuchungen über die biologische Tiefenwirkung des Quarzlichts. M. m. W. 1907. 28.

3. Quarzlicht: Bach, Anleitung und Indikationen zur Bestrahlung mit der künstlichen Höhensonne. 4. Aufl. — Bering, Die Behandlung der Hautkrankheiten mit der Kromayerlampe. D. m. W. 1909. 2. — Breiger, Kann man die Höhensonne künstlich ersetzen? M. Kl. 1911. 18. — Budde, Über die Behandlung mit künstlicher Höhensonne. M. m. W. 1918. 41. — Kautz, Kontraindikationen bei Bestrahlung mit Quarzlicht. M. m. W. 1918. 28. — Kromayer, Quecksilberwasserlampen etc. D. m. W. 1905. 10; Indikationen der Quarzlampe etc. M. m. W. 1912. 28. — Schmidt, Sonnenlichtersatz. ST. VIII. — Schreiber und Germann, Über die Wirkung der Quecksilberquarzlampe. M. m. W. 1905. 39. — Stümpke, Die medizinische Quarzlampe. Berlin 1915. — Schüler, Quarzansätze zur Lichtbehandlung von Schleimhäuten. D. m. W. 1907. 12. — Thedering, Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medizin. Oldenburg 1917. ST. VII. — Wagner, Die künstliche Höhensonne. Graz 1914.

4. Klinik und Kasuistik: Alexander, Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter. S. 418. — Aigner, Zit. nach Wagner. — Bernhard, M. m. W. 1916. 17. — Berner, ST. V. — Bier, D. m. W. 1917. 3. — Deus, M. m. W. 1917. 11. — Eisenbach, Medizinischer Verein Tübingen. Dezember 1914. — Heusner, ST. VII. — Kovacz, Orvosi Hetilap. 1915. — Kromayer, Z. f. B. 1915; D. m. W. 1914. 46. — Leidler und Schwarz, M. f. O. 1918. — Mayer, Medizinischer Verein Tübingen. Dezember 1914; D. m. W. 1913. 31. — Nagelschmidt, ST. VII. — Petersen, Therapie der Gegenwart. 1914. — Rave, A. f. D. 101. — Rost, D. m. W. 1915. 39. — Siegert, M. Kl. 1916, 12. — Stein, B. kl. W. 1915. 17. —

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strubel, M. m. W. 1917. 2. — Schüller, Therap. Rundschau. 1907. 22. — Thedering, ST. VII; M. m. W. 1912. 24.

5. Phototherapie der Tuberkulose: Backer, Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Stuttgart 1916. — Backmeister, Über die Strahlenbehandlung der Tuberkulose. C. f. Tbc. X; Z. f. Tbc. 27. — Bernhard, Die Heliotherapie im Hochgebirge. Stuttgart 1912; Zehn Jahre Heliotherapie. Jahrbuch der phys. Medizin. II. — Breiger, Welche Aussicht hat die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit künstlichem Licht? M. Kl. 1914. — Frankfurter, Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. W. m. W. 1918. 28. — Hagemann, Über die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit künstlichem Licht. D. m. W. 1913. 30. — König, Neue Gesichtspunkte in der Diagnose und Therapie der chirurgischen Tuberkulose. M. Kl. 1913. 24. — Liebe, Die Lichtbehandlung in den deutschen Lungenheilanstalten. Denkschrift. B. z. Tbc. 1919. VIII. — Menne, Die Licht- und Strahlenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Arch. f. phys. Medizin. 1913. 8. und Zeitschr. f. Chir. Bd. 123. — Rollier, Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Z. f. B. 1911. 1; Das österreichische Sanitätswesen. 1912. 28. — Spitzer, Kohlenbogenlicht bei Tuberkulose etc. M. m. W. 1916. 44. — Schrötter, Der gegenwärtige Stand der Heliotherapie der Tuberkulose. Tuberkulosis. Bd. 11. — Vulpius, Die künstliche Belichtung bei chirurgischer Tuberkulose. Z. f. B. 1914. 1; D. m. W. 1912. 28; M. m. W. 1913. 20; ST. I.

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. April 1919.

Vorsitz: H. Frey.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

I. O. Fischer: **Fall von Abducensparese.**

P. H., 50 Jahre.

4. I. 1919. Pat. stets gesund gewesen. Vor 6 Wochen im Anschluß an Grippe linksseitiger Ohrfluß, Schmerzen. Seit 2 Wochen Schwellung hinter dem Ohre. Kein Schwindel, kein Erbrechen, geringes Fieber. Keine Schüttelfröste.

Status praesens: L. O.: Trommelfell gerötet, im hinteren oberen Quadranten vorgewölbt, Perforation im vorderen unteren Quadranten. Schleimig-eitrige, nicht fötide Sekretion. Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand.

R. O.: Trommelfell narbig verändert.

Fluktuierende Schwellung hinter dem linken Ohre bis zur Mitte der Hinterhauptschuppe reichend. Temperatur 37,1°, Puls 84. Fundus normal. Kein Spontannystagmus. Vestibularis erregbar. Hörvermögen für akzentuierte Fl.-Spr. unter 1 *m*.

5. I. Operation: Bei der Eröffnung des Warzenfortsatzes ergibt sich, daß es sich um einen großen Extraduralabsceß der hinteren Schädelgrube handelt; der Sinus ist mit Granulationen bedeckt, jedoch bluthältig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

10. I. Reaktionsloser Wundverlauf.

26. I. Pat. wird auf eigenes Verlangen schon fast geheilt entlassen.

24. III. Pat. stellt sich abermals ein und gibt an, daß er vor kurzem ein Erysipel durchgemacht hat. Er klagt über heftige quälende Kopfschmerzen in der Temporalgegend.

Die retroaurikuläre Wunde ist bis auf eine ganz kleine stecknadelstichgroße Öffnung vollkommen geschlossen, Mittelohr trocken, Trommelfell blaß, reaktionslos. Kein Fieber. Drei Tage später stellt sich ganz unvermittelt eine komplette linksseitige Abducenslähmung ein. Die übrigen Hirnnerven sind frei. Überhaupt ist der ganze Nervenbefund negativ, der Fundus normal, kein Spontannystagmus, kein Fieber, erregbarer Vestibularapparat. Röntgenbefund und Wassermann negativ.

25. IV. Pat. bringt das Auge schon bedeutend weiter nach links, so daß von einer Paralyse nicht mehr gesprochen werden kann. Die quälenden Kopfschmerzen sind gänzlich geschwunden.

Es handelt sich in diesem Fall um eine isolierte Abducenslähmung otogenen Ursprungs. Die Ursachen der Abducenslähmungen im allgemeinen können mannigfacher Natur sein. So nimmt z. B. Gradenigo, der dafür ein eigenes Krankheitsbild geschaffen hat, an, daß es sich um eine circumscripte Ostitis mit sekundärer Pachymeningitis der Pyramidenspitze handelt, wobei der Nerv dort, wo er durch die Dura mater tritt, geschädigt wird. Die Ausbreitung erfolgt durch die Zellen der Kapselspongiosa und des Canalis caroticus. Die Krankheit dauert nach Gradenigo zirka zwei Monate und geht dann meist spontan zurück. Nur in seltenen Fällen kann es zu einer diffusen Meningitis mit letalem Ausgang kommen.

In manchen Fällen anderer Art wurde auch von einigen Autoren, wie z. B. von Oppenheim, V. Urbantschitsch, Neumann, ein reflektorischer Ursprung auf dem Wege des Nervus vestibularis, dessen enge Beziehungen zu den Kernen der Augenmuskelnerven bekannt sind, angenommen. Frankel-Hochwart führt Lähmungen des Abducens auf eine infektiöse Neuritis, bedingt durch den kariösen Prozeß im Schläfenbein, zurück. Peyser endlich glaubt in gewissen Fällen an eine direkte Überleitung des Eiters auf dem Wege der äußeren Weichteilbedeckungen, wodurch es dann zu einer Funktionsausschaltung des Musculus rectus externus kommt, wobei der Nerv als solcher angeblich intakt bleibe. Der von mir demonstrierte Fall gehört sicherlich in die Gruppe Gradenigo. Die Erscheinungen sind auch bereits im Rückgang begriffen, Pat. bringt das Auge schon ziemlich weit nach links und die quälenden Kopfschmerzen sind gänzlich geschwunden.

Diskussion.

Dinolt: Ich hatte vor einem halben Jahr Gelegenheit, einen ähnlichen Fall zu sehen. Ein Pat. der Hals-Nasen-Ohrenabteilung des Reservespitals Nr. 16 wurde wegen akuter Mastoiditis rechts antrotomiert. Zwei Wochen nach der Operation, als die Wunde schon in Heilung begriffen war, mußte wegen heftiger Kopfschmerzen und Temperaturanstieg abermals operiert werden. Es wurde die Dura der hinteren und der mittleren Schädelgrube breit freigelegt, aber ebenso wie der Sinus als gesund befunden. 9 Tage nach der zweiten Operation traten äußerst heftige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmerzen in der rechten Kopfhälfte auf, gegen das rechte Auge ausstrahlend, Nackensteifigkeit und geringer Kernig und 3 Tage später bemerkte ich eine totale Lähmung des rechten Abducens. Letztere trotzte jeder Behandlung durch 2 Wochen; nur die Schmerzen wurden etwas geringer. Erst als Pat. auf eindringliches Befragen eine lang zurückliegende luetische Infektion zugab, wurde eine energische Jodkur vorgenommen, worauf die Schmerzen samt der Abducenslähmung prompt verschwanden. — Auch hier also waren charakteristisch die heftigen Schmerzen vor dem Manifestwerden der Lähmung, die meningitischen Symptome und die vorangegangene Ohroperation. Nur scheint die luetische Basis hier einwandfrei vorzuliegen.

Bondy: Ich möchte auf einen Fall hinweisen, den ich vor längerer Zeit hier demonstriert habe. Bei demselben war die Abducenslähmung ohne irgend andere Symptome gleichfalls einige Zeit nach der Warzenfortsatzoperation aufgetreten. Die Lumbalpunktion ergab das Bestehen einer Streptokokkenmeningitis. Offenbar handelte es sich, da andere Symptome fehlten, um eine circumscripte Form. Der Fall wurde geheilt. Es würde sich empfehlen, in den Fällen von Abducenslähmung auch eine Lumbalpunktion zu machen.

F. Alt: Die otogene Abducenslähmung ist in den meisten Fällen auf eine auf die Spitze des Felsenbeins lokalisierte Entzündung bzw. auf eine umschriebene Meningitis zurückzuführen. Es gibt jedoch zweifellos Fälle von Abducenslähmung, bei denen kein Anhaltspunkt für eine tiefer greifende Entzündung vorliegt, die sonst symptomenlos auftreten und rasch zurückgehen, für welche man einen reflektorischen Ursprung supponieren muß. Alt hat drei einschlägige Fälle beobachtet.

E. Urbantschitsch: Unter Umständen können auch cerebrale Hämorrhagien eine solche Parese veranlassen. In einem von mir operierten Fall von Sinusthrombose, in dem ich die rechte Jugularis unterband, trat in der Folge eine linksseitige Abducensparese auf. Da die Augenspiegeluntersuchung Blutungen im linken Fundus ergab, erscheint wohl die Annahme berechtigt, daß auch in der Hirnsubstanz Blutungen aufgetreten sein dürften, die sich hier eben im Kerngebiete, eventuell auch im Verlaufe des Abducens lokalisierten. Speziell die Unterbindung des rechten Jugularis disponiert offenbar hierfür noch mehr als die des linken, da nach jeder Unterbindung, wenn es sich um keine obturierende Thrombose handelt, der Sinus der anderen Seite überlastet wird, weil nunmehr das ganze venöse Blut der Schädelhöhle hier abzufließen sucht; nun sind aber die Abflußbedingungen links ungünstiger als rechts, da ja das Foramen jugulare hier enger ist, und deshalb ist die Möglichkeit zu Hämorrhagien eine größere. Dadurch ist auch erklärt, warum die Blutung in meinem Fall auf der anderen Seite aufgetreten ist.

F. Alt: Ich habe einige Fälle otogener Abducensparese beobachtet und beschrieben, bei denen die Lähmung auftrat, ohne daß man an ein so schweres Krankheitsbild denken konnte, wie es Gradenigo postuliert. Die Parese ging so auffallend rasch zurück, daß ich an eine reflektorische Lähmung denken mußte; sicherlich war es keine solche Lähmung, die durch Ableitung des Eiters durch das Felsenbein entstanden war.

Dinolt: Im September habe ich einen solchen Fall gesehen, der jeder Behandlung trotzte. Endlich gelang es festzustellen, daß Pat. vor

Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

9 Jahren Lues akquiriert hatte. Auf antiluetische Kur ging die Lähmung in 9 Tagen zurück.

G. Bondy: Wurde die Lumbalpunktion gemacht?

Fischer: Nein.

Bondy: Die Lumbalpunktion ist manchmal der einzige Weg zur Feststellung, daß eine Meningitis vorliegt.

Ruttin: Die Fälle sind nicht so selten; ich habe selbst 5 Fälle mit solchen Lähmungen operiert. Erst unlängst wieder, wo die Lähmung in 10—12 Tagen zurückging. Auch Neumann hat schon früher solche Fälle operiert.

H. Frey: Auch ich habe bei einem Kollegen 4 Wochen nach der Paracentese wegen einer scheinbar leichten Otitis plötzlich eine Abducensparese auf der kranken Seite auftreten gesehen und mit Neumann, der den Fall als Konsiliarius sah, die sofortige Operation beschlossen. Der Knochen war sehr weich, kein konfluierter Absceß. Deutlich infiltriertes und ödematöses Gewebe um Attik und Antrum, das Ödem setzte sich bis zur Dura fort. Heilung. Ich glaube, daß meistens eine Fortleitung eines Prozesses, vielleicht kollaterales oder entzündliches Ödem vorliegt.

II. O. Leipen zeigt ein kirschkerngroßes **Fibrom,** das er in Lokalanästhesie aus dem äußeren Gehörgang entfernt hat.

III. O. Leipen berichtet über den weiteren Verlauf des von O. Beck operierten Falles von **Carcinom des Mittelohres.** Das weitere Wachstum des Tumors erfolgte hauptsächlich in der Richtung nach unten gegen die Scheide der großen Gefäße. Die Ohrmuschel stieß sich nach völliger carcinomatöser Infiltration ab, so daß sich der große Wundtrichter dem Auge vollständig frei darbot. Bei der Diskussion war seinerzeit die Frage der Pyramidenresektion von H. Frey aufgeworfen worden, jedoch wiesen mehrere Redner darauf hin, daß wegen des Wucherns des Tumors gegen die Meningen eine solche Operation wohl aussichtslos sei. Nun zeigte sich während des einige Monate dauernden Verlaufes, daß typische meningitische Symptome nicht auftraten, so daß die Frage der operativen Entfernung der Pyramide eigentlich immer noch offen geblieben wäre. Zum Schluß trat unter zunehmender Kachexie als letztes Symptom eine Recurrensparese auf, wobei ein derartig rascher Verfall der Pat. erfolgte, daß man wohl die Vaguslähmung als unmittelbare Todesursache mitansprechen kann. Der Puls war sehr beschleunigt, fast unfühlbar. Das Ergebnis der Sektion zeigte den Recurrens frei, es wär die Schädigung im Vagus durch die Umwachsung der Gefäßscheide nachweisbar.

IV. L. Stein: **Sigmatismus nasalis.**

Für den Geschulten ist der Fall sofort klar. Wenn aber ein ungeübtes Ohr einen solchen Fall diagnostizieren will, so ist es, wie für alle Fälle von Stammeln, am besten, wenn man den Pat. nachsprechen läßt; da stellt sich heraus, daß er alle Laute korrekt spricht, nur sch und s nicht. Diese Laute spricht er durch die Nase, d. h. er treibt die Luft durch den Nasenrachenraum und Nase heraus statt sie bei emporgezogenem Gaumensegel durch den Mund zu leiten.

Das Nachsprechen schützt vor der Fehldiagnose einer allgemeinen Rhinolalia aperta. Es handelt sich um einen rein funktionellen Fall von Sigmatismus nasalis.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

V. A. Cemach: **Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde.** (Erschien ausführlich in dieser Monatsschrift, 1919, Nr. 6, 7 und 8.)

Diskussion.

E. Urbantschitsch: Ich mache seit 4 Jahren mit künstlicher Höhensonne Versuche, allerdings nur in besonders hartnäckigen Fällen auf tuberkulöser Basis, war aber in diesen speziellen Fällen enttäuscht. Es handelte sich durchwegs um radikal operierte Kinder. In keinem Falle habe ich einen nennenswerten Erfolg erzielt. Dann habe ich ein 6jähriges Kind mit Tuberkulose operiert; es war ein Scharlachkranker. Unmittelbar post operationem Auftreten von tuberkulösen Granulationen (histologisch festgestellt); ich ließ Pat. 3mal wöchentlich durch 1 Jahr bestrahlen. Erst nach $^5/_4$ Jahren erfolgte Heilung. Allerdings wurde Pat. auch lokal behandelt, weshalb ich also nicht weiß, ob der Bestrahlung der wichtigere Anteil an der Heilung zukommt. Ich habe jedenfalls die Überzeugung gewonnen, daß sich Fälle mit Eiterungen auf tuberkulöser Grundlage für lokale Bestrahlungen nicht eignen. Sonst hat sich mir die Lichtbehandlung außerordentlich bewährt.

H. Frey: Ich habe mit der Soluxlampe behandelt, und zwar nur bei Otitis externa und einmal bei Perichondritis. Es ist tatsächlich eine sehr angenehme und bequeme Form der Wärmeapplikation. Doch war nicht immer in einer Sitzung der Schmerz weg. Die Pat. waren stets sehr zufrieden. Besonders für Spitals- und ambulatorische Behandlung kommt sehr in Betracht, daß viele Pat. nicht imstande sind, sich zu Hause mit Wärme zu behandeln und man ihnen diese Therapie auf eine solche Weise leicht zugänglich machen kann.

Cemach: Urbantschitsch hat monatelang behandelt; das hat in nicht tuberkulösen Fällen keinen Sinn. Bei Tuberkulose hat man nicht lokal, sondern allgemein zu bestrahlen.

Aus den Sitzungen der polnischen ärztlichen Vereine im Jahre 1916 bis 1917.

A. Warschauer ärztlicher Verein.

Korczynski trägt vor: **Über Klinik und pathologische Anatomie der Alexie.** Vortragender beschreibt 2 eigene Fälle von Alexie mit rechtsseitiger Hemianopsie infolge apoplektischer Insulten. Nach Besprechung der verschiedenen Arten von Alexie stellt Korczynski die gegenwärtigen Ansichten über diese Affektion in der Literatur dar und demonstriert am Ekran mikroskopische Präparate von einem eigenen Fall — dem 4. in der europäischen Literatur —, der serienweise detailliert untersucht worden ist (Dejerine-Vialet, Monakow, Redlich und Korczynski). Auf Grund der klinischen Analyse des Falles kommt Redner zum Schluß, daß die Einteilung der Alexie in corticale und subcorticale, wie dies Dejerine will, einer strengen Kritik nicht standhalten kann. Das Bestehen von Agraphie in Fällen von Alexie hängt nicht vom Verhalten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Rinde des Gyrus angularis ab, sondern von der größeren oder geringeren Übung des Kranken im Schreiben, von der größeren oder geringeren Abhängigkeit dieser Tätigkeit von den optischen Bildern der Sprache. Denn in dem Falle des Redners war trotz vollständiger Destruktion des Gyrus angularis keine Agraphie vorhanden. In anatomischer Beziehung bemerkt Redner: 1. daß die das Hinterhorn der linken Seitenkammer von außen umgebende Gegend, in Übereinstimmung mit Dejerine, als das Zentrum angesehen werden muß, dessen Zerstörung das klinische Bild der Alexie hervorruft, wobei der Fasciculus longitudinalis inferior, welcher den linken Hinterhauptlappen mit dem linken Schläfelappen verbindet, eine wichtige Rolle spielt, 2. daß die Zerstörung des Gratioletschen Bündels, welche klinisch Hemianopsie verursacht, die Alexie kompliziert, aber sie nicht bedingt.

Higier demonstriert einen Fall von **Amnésie retroanterograde** nach einem Kopftrauma. Bei einem 40jährigen Mann trat nach einem Schlag auf den Kopf durch einige Stunden Verlust des Bewußtseins und beiderseitige Ohrenblutung auf, gegenwärtig besteht Schwindel, Pulsverlangsamung, Schwerhörigkeit und Nystagmus. Das wichtigste und konstanteste Symptom ist jedoch Verlust des Gedächtnisses vom retroanterograden Typus; nämlich der Pat. hat das Gedächtnis verloren für den Schlag auf den Kopf für den Zeitraum von einigen Tagen, die dem Trauma vorausgegangen sind und für alles, was im Spital nach Rückkehr des Bewußtseins vorgefallen ist. Der Pat. versteht alles, erkennt Gegenstände und ihren Gebrauch, ist jedoch nicht imstande, Eindrücke und Vorstellungen wieder hervorzurufen und zu behalten. Dieser Fall verdient Beachtung, nicht nur wegen den diagnostischen Schwierigkeiten, sondern auch in gerichtsärztlicher Beziehung.

Hertz: Über die **Notwendigkeit otolaryngologischer Abteilungen in den städtischen Spitälern** (s. Referat).

Diskussion.

Lubliner ist der Ansicht, daß otolarnygologische Abteilungen nur in größeren Spitälern eingerichtet werden sollen, zu denen entsprechende Kranke aus allen anderen Abteilungen behufs spezialistischer Behandlung gesichtet werden würden. Die behandelnden Ärzte solcher Abteilungen sollen mit venerischen Krankheiten genau bekannt sein. Tuberkulöse Kranke sollten aus solchen Abteilungen ausgeschlossen werden.

Lapinski betont die Notwendigkeit solcher Abteilungen besonders in Kinderspitälern, da viele Fälle nach Intubation und Tracheotomie die Hilfe eines Spezialisten benötigen.

Korszon hebt die schwierige Lage des Internisten in Fällen von Larynxtuberkulose an internen Abteilungen hervor; hier muß behufs lokaler Behandlung ein Laryngolog herbeigerufen oder die Kranken an eine Spezialabteilung gewiesen werden.

Lessniowski bemerkt, es bestehe das Bedürfnis zur Errichtung nicht nur otolarnygologischer Abteilungen in den Spitälern, sondern auch eines Spezialkatheders an der medizinischen Fakultät. In großen Städten müssen große Spitäler Spezialabteilungen haben. In Provinzspitälern soll entweder der Spitalsarzt mit diesem Zweig der Medizin vertraut sein oder es sollen Abteilungen unter der Leitung eines Spezialisten eröffnet werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Spitalssektion muß sich darüber aussprechen, in welcher Weise diese gerechten Wünsche erfüllt werden könnten.

Sawicki verlangt, daß der Otolaryngolog eine chirurgische Schule durchmachen muß. Große Spitäler sollen grundsätzlich otolaryngologische Abteilungen besitzen, in Warschau sollen nur große Spitäler bestehen, in denen sämtliche Spezialitäten berücksichtigt werden würden.

Aus dem Warschauer otolaryngologischen Verein.

Zamenhof trägt vor: **Tuberkulose des Ohres.**

Diskussion.

Guvanowski meint, daß man Tuberkulose des Ohres bei Kindern von jenen bei Erwachsenen unterscheiden soll. Bei den ersteren tritt die Krankheit in primärer Form auf, bei den anderen zumeist als sekundäre Tuberkulose im Stadium offener Tuberkulose anderer Organe und überwiegend der Lungentuberkulose. Der Verlauf der Ohrentuberkulose bei Kindern ist gewöhnlich gelinde und kann bei entsprechender Behandlung und Beobachtung klimatisch-diätetischer Vorschriften günstig endigen. Bei Erwachsenen ist die Prognose schlecht. Die Diagnose eines tuberkulösen Prozesses im Ohr kann auf Grund der mikroskopischen Untersuchung des aus der Paukenhöhle erhaltenen Eiters oder der Granulationen daselbst festgestellt werden. Nicht immer jedoch gelingt der Nachweis der Bacillen im Eiter, leichter werden diese in der Schleimhaut oder im Granulationsgewebe aufgefunden. Die Zerstörungen sind gewöhnlich sehr ausgedehnt; es kommt zur Elimination der Gehörknöchelchen, des Hammers, des Ambosses und wie in einem von Guvanowski im Jahre 1894 beschriebenen Falle, sogar zur Ausstoßung des Steigbügels. Die Lokalbehandlung gibt im allgemeinen wenig günstige Resultate. Die operative Behandlung soll jedoch nach Guvanowski nur auf Fälle beschränkt werden, bei denen Komplikationen drohen. Die von Cernach veröffentlichten Behandlungsversuche mit Tuberculomucin sind aufmunternd und sollten an einem größeren klinischen Material bestätigt werden.

Lubliner macht darauf aufmerksam, daß die Tuberkulose des Ohres manchmal, besonders bei Phthisikern, durch Ausbreitung auf lymphatischen Bahnen von der Nasenrachenhöhle durch die Tuba Eustachii oder direkt auf diesem Wege per continuitatem zustande kommt. Er erwähnt einen von ihm auf seiner Abteilung beobachteten Fall, bei dem die Tuberkulose ursprünglich einem kleinen Mädchen beim Durchstechen der Ohrläppchen (behufs Tragens von Ohrringen) verimpft worden war. Die Tuberkulose breitete sich dann langsam durch den äußeren Gehörgang aus, zerstörte das Trommelfell und nistete sich im Mittelohr ein. Pat. starb auf der Abteilung unter Hirnerscheinungen. Eine Obduktion ist in diesem Falle nicht gemacht worden.

Srebrny meint, daß die Diagnose einer tuberkulösen Mittelohrentzündung auf Grund der otoskopischen Untersuchung immer im bezug auf den Charakter des Prozesses zweifelhaft bleibt. Weder Reichtum an Granulationen noch deren Mangel, weder Caries der Gehörknöchelchen, noch große oder kleine Trommelfellperforationen haben an sich etwas charakteristisches für Tuberkulose. Die Untersuchung auf Bacillen ergibt größtenteils ein negatives Resultat. Die einzigen etwas sichereren Symptome einer tuber-

Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

kulösen Mittelohrentzündung sind: Fehlen von dem Auftreten von Exsudat aus dem Ohr vorausgehenden Schmerzen, Mangel von Fieber oder das Bestehen einer sehr mäßigen, 37,5 nicht übersteigenden Temperaturerhöhung. Eine gewöhnliche akute Mittelohrentzündung beginnt mit Fieber und starken Schmerzen, die von Erwachsenen selbst angegeben, bei Kindern von den Müttern aus der Unruhe und dem Wimmern erraten werden. Was die Behandlung betrifft, zeichnet sich keines der empfohlenen Mittel durch besondere Wirksamkeit aus. Einzig rationell ist die allgemeine hygienisch-klimatische Behandlung. Eine operative Behandlung ist nur bei Vorhandensein von Komplikationen angezeigt.

Guvanowski macht darauf aufmerksam, daß außer Mangel von Schmerzen bei tuberkulösen Prozessen des Ohres bei der Differentialdiagnose die Art der Entstehung von Trommelfellperforationen beachtet werden soll, welche bei Tuberkulose ohne entzündliche Reaktion zustande kommen. Was die Blutungen aus dem Ohre betrifft, so stammen sie fast alle aus der Carotis; die bis jetzt beschriebenen betrafen Fälle von Caries des Felsenbeins.

Zamenhof erwidert Guvanowski, daß die Tuberkulose bei Kindern tatsächlich anders verläuft als bei Erwachsenen, da sie am häufigsten auf skrofulöser Basis entsteht. Ob sie jedoch bei Kindern überwiegend primär ist, wie Guvanowski meint, ist doch nach vielen Autoren eine strittige Frage. Man könnte sich nur darauf einigen, daß die primären Formen von Ohrentuberkulose bei Kindern häufiger angetroffen werden als bei Erwachsenen. Was die Folgerungen von Cemach betrifft, ist auch Zamenhof der Ansicht, daß sie an einem sehr großen klinischen Material geprüft werden müßten. Zamenhof stimmt auch mit Srebrny überein, daß das charakteristischeste Symptom der Ohrentuberkulose der Mangel von Schmerzen in den Anfangsstadien ist, ein Symptom, welches in allen Handbüchern erwähnt wird. In Fällen jedoch mit chronischem Verlaufe, wie sie in der Praxis am häufigsten angetroffen werden, und in solchen Fällen, in denen die Tuberkulose auf der Basis einer vorausgegangenen eitrigen Entzündung entsteht, kann dieses Symptom nicht als diagnostischer Faktor dienen.

Lubliner trägt vor: **Über Blutungen und Hämorrhagien des Ohres.**

Diskussion.

Hertz erinnert an einen bei einem 6jährigen scharlachkranken Mädchen beobachteten Fall von Blutung mit Komplikationen seitens der Nasenrachen- und der Rachenhöhle. In der 3. Woche von Scharlach entstand im Verlauf einer übelriechenden Ohreneiterung eine starke Blutung. Unmittelbar nach der Ankunft von Hertz stand die Blutung infolge von Ohnmacht. Die Kranke war im Zustand hochgradiger Schwäche, der Puls 110—120, fadenförmig; aus dem Ohre sickerte noch Blut, der äußere Gehörgang war mit Coagula ausgefüllt. Nach den Spuren am Polster und an den Handtüchern zu urteilen, war es eine arterielle Blutung; die Eltern der Pat. behaupteten, daß das Blut sich in Strömen ergoß. Am folgenden Tag trat wieder eine sehr starke Blutung auf. Mit Rücksicht darauf, daß es schwer war sicherzustellen, woher die Blutung kam und ob es eine venöse oder eine arterielle Blutung war, wurde vorläufig von einer radikaleren Operation abgesehen. Am folgenden Tag wurde die Pat. im Spital unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gebracht, wo Hertz die Trepanation ausführte. Doch konnte trotz Bloßlegung der Jugularis und des Sinus der Ausgangspunkt der Blutung nicht gefunden werden. Im Antrum und in den Zellen des Warzenfortsatzes war Eiterung vorhanden. Nach der Operation hörten die Blutungen auf; doch starb die Kranke nach 2 Wochen unter Erscheinungen von Sepsis.

Guvanowski macht aufmerksam auf die Notwendigkeit, zu unterscheiden, Blutungen aus dem Ohr, welche im Verlaufe verschiedener, von Lubliner im ersten Teil seiner Vorlesung erwähnten Krankheiten auftreten, von Hämorrhagien sensu strictiori, wo das Blut aus dem Ohr nach außen abfließt, wie dies der Fall ist in Fällen von Traumen im äußeren Gehörgang, bei Rupturen des Trommelfells oder bei Fissuren und Frakturen des Felsenbeins. Bei Frakturen des Warzenfortsatzes treten nach Ansicht von Guvanowski charakteristische Blutergüsse in der Gegend des Processus mastoideus und selbst in der Hinterhauptgegend auf. Idiopathische Blutungen aus dem Ohr sehen wir in Fällen von Angiomen oder stark vaskularisierten Polypen in der Paukenhöhle, in Fällen von bösartigen Neubildungen und schließlich infolge Arrosion der Carotis oder der Jugularis in Fällen von Caries oder Nekrose des Knochens, besonders im Verlaufe von tuberkulösen Prozessen oder von Cholesteatom. Obgleich die Unterbindung der Carotis nicht immer zur Blutstillung führt, so soll doch in allen Fällen, wo vermutet wird, daß die Blutung von dieser Arterie herrührt, dieser Eingriff ausgeführt werden.

Zamenhof macht auf die Seltenheit der Fälle von doppelter, arterieller und venöser Blutung aufmerksam. Der Fall von Lubliner ist in der Tat ungewöhnlich. Doch ist er nicht der erste in der Literatur veröffentlichte, wie Lubliner glaubt, da vor einigen Jahren Lange einen ähnlichen Fall veröffentlicht hat.

Srebrny meint, daß in dem Vortrag sämtliche Trakte des Gehörorgans berücksichtigt werden sollten, von denen eine Blutung herstammen kann. Er erinnert an den Fall von Eitelberg von Ohrenblutung bei unverletztem Trommelfell. Schließlich fragt Srebrny, ob es in dem Falle des Vortragenden unmöglich war, die Carotis (interna oder communis) und die Jugularis aufzufinden und zu unterbinden.

Bücherbesprechungen.

Medizinische Kinematographie. Von Dr. Martin Weiser. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1919.

Das dem Andenken Otto Fischers gewidmete Buch bringt in kurzen Zügen wertvolle und eingehende Angaben über die Geschichte und Technik der Kinematographie, wobei auch die Aufnahmstechnik, die Filmverarbeitung, die Hochfrequenz-Kinematographie und die Funken-Kinematographie berücksichtigt werden. Die bisherigen Leistungen der Kinematographie für die einzelnen Sondergebiete der Medizin sind in besonderen Kapiteln zusammengefaßt. Für den klinischen Unterricht in der Otologie ist der Kinematograph bisher nicht herangezogen worden; hier ist das meiste noch in Zukunft zu leisten. Der Nystagmus, die labyrinthogene Gleichgewichtsverminderung, die Gangstörungen und die verminderte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stabilität des Körpers bei Labyrintherkrankungen, der Blinzelreflex usf. stellen sicher dankbare Objekte für die kinematographische Vorführung dar. Weiters kommen in Betracht Darstellungen aus dem Gebiete des Taubstummen-Bildungswesens und der Taubstummen-Fürsorge.

Weiser selbst hat einen instruktiven Film von cerebellarer Ataxie aufgenommen. Hervorzuheben sind auch die Filme Polimantis: kinematographische Aufnahmen der Gang- und Gleichgewichtsstörungen von großhirn- und kleinhirnoperierten Hunden.

Die labyrinthäre Funktionsprüfung auf dem Drehstuhl usf. könnte kinematographisch vorzüglich im klinischen Unterricht demonstriert werden. Vor der Darstellung am wirklichen Objekt hat ja die kinematographische Demonstration den wesentlichen Vorteil, daß jede beliebige Phase der Bewegung am langsam wandernden oder am ruhenden Film gezeigt werden kann. Im Gebiete der Laryngologie kommen kinematographische Aufnahmen der Artikulationsbewegungen, der Stimmbänder, der Sprech- und Ruheatmung in Betracht usf.

Endlich müssen noch Aufnahmen oto-rhino-laryngologischer Operationsakte geschaffen werden. Hierzu wäre allerdings die Herstellung besonders rotempfindlicher Filme notwendig, da bei der Verwendung gewöhnlicher Filme die Muskulatur, Blut sowie andere rotgefärbte Teile im Positiv fast schwarz und infolge dessen undeutlich herauskommen.

Zu begrüßen ist die Anregung Weisers zur Gründung eines Zentralarchivs, wo alle Filme medizinischen Inhalts gesammelt und vor allem historisch wichtige Filme dauernd aufbewahrt werden sollen. Der Autor gibt auch Anweisungen zur richtigen Auswahl der Apparate und der Herstellung der technischen Einrichtungen zur Projektion im Hörsaal. Die Lektüre der anregenden Schrift ist sehr zu empfehlen.

Alexander.

Referate.

I. Allgemeines.

Der Ohr-Lidschlagreflex in ohrpathologischen Fällen. Von Dr Ernst Wodak, gew. Assistent der Ohrenklinik in Prag (Vorstand: Prof. Dr. Pifl), derzeit Sekundararzt der Ohrenabteilung. (Aus der Ohrenabteilung [Vorstand: Prof. Dr. Vymola] des Reservespitals Nr. 8 in Prag [Kommandant: OStA. O. Stach].) (Arch. f. Ohrhlk. 103. H. 4. 1919.)

Verf. prüfte den von B. Kisch angegebenen „neuen Reflex" (bei Manipulationen am Trommelfell oder Gehörgang Blinzeln oder selbst krampfhafter Lidschluß) mit Rücksicht auf das Verhalten in ohrpathologischen Fällen. Bezüglich des Fehlens des Ohr-Lidschlagreflexes decken sich seine Befunde mit denen Kischs. Was jedoch die Dauer des Reflexes anlangt, so weichen seine Ergebnisse von denen des letzteren ein wenig ab: Unter 211 Fällen sah Verf. ein Überdauern des Ohr-Lidschlages 31mal. 5 Fälle scheiden als Hysteriker entsprechend Kischs Untersuchungen aus. Es bleiben also noch 26 Fälle, bei denen eine Erklärung für die abnorm lange Lidschlußdauer zu suchen ist. Es scheint festzustehen, daß außer den beiden von Kisch angegebenen Gründen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch eine vorangegangene starke Erschütterung des Körpers einen abnorm langen Lidschluß bewirken kann. Ernst Urbantschitsch.

Über die Bedeutung der Radiographie des Felsenbeines für die otologische Diagnostik. Von A. de Kleyn und H. W. Stenvers. (Aus der psychiatrisch-neurologischen Klinik der Reichsuniversität Utrecht [Direktor: Prof. Winkler].) (Arch. f. Ohrhlk. 103. H. 4. 1918.)

Erprobung der Anwendbarkeit der von Stenvers angegebenen Methode der Röntgenographie des Felsenbeines für die otologische Diagnostik 1. bei 5 Fällen von Frakturen und 2. bei einem Fall von Kleinhirnbrückenwinkeltumor. Ernst Urbantschitsch.

Die Desinfektion des Operationsfeldes und der Hände mit Thymolspiritus. Von Dr. Caesar Hirsch in Stuttgart. (Zschr. f. Ohrhlk. 77. H. 4. 1918.)

Das Operationsgebiet wird mit einer 3%igen Thymoltinktur eingepinselt. Nach Ablauf von 2 Minuten wird die Injektion des Lokalanästhetikums vorgenommen und hernach kann noch einmal, wenn man ganz vorsichtig sein will, Thymolspiritus aufgetragen werden. Die Thymolierung hat sich seit 6 Jahren in jeder Beziehung in der Klinik, Sprechstunde und im Felde aufs Beste bewährt. Auch zur Desinfektion der Hände empfiehlt sich die Methode (2 Minuten langes Einreiben der Hände und Vorderarme mit einem mit der Lösung getränkten Mull- oder Wattebausch). Ernst Urbantschitsch.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Über das vereiterte Hämatom an der unteren Gehörgangswand bei Arrosion der Carotis durch Peritonsillarabsceß. Von Priv.-Doz. Dr. Erich Ruttin, Assistent der Klinik. (Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Wien [Vorstand: Hofrat Prof. Urbantschitsch].) (Zschr. f. Ohrhlk. 77. H. 4. 1918.)

Beschreibung des nicht oft zu beobachtenden Falles.

Ernst Urbantschitsch.

Über Blutungen aus dem Ohr und den oberen Luftwegen infolge vasomotorischer Störungen. Von Assistenzarzt d. R. Otto Steurer, zurzeit kommandiert zur Klinik. (Aus der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Tübingen [Vorstand: Prof. Dr. Albrecht].) (Arch. f. Ohrhlk. 103. H. 4. 1919.)

Verf. faßt seine einschlägigen Beobachtungen folgendermaßen zusammen: „Die unter dem Sammelbegriff der „vikariierenden Blutungen" publizierten Fälle, wie auch die Spontanblutungen aus Hals, Nase und Ohr, bei denen keine andere Ursache vorliegt, sind auf Störungen im vasomotorischen Nervensystem zurückzuführen. Als auslösend sind dabei psychische Einflüsse und auch die während der Menstruation vorkommenden gefäßerweiternden Momente anzusehen. Die Blutungen lassen sich in einem Teil der Fälle durch Atropingaben therapeutisch beeinflussen und mitunter vollkommen zum Stillstand bringen."

Ernst Urbantschitsch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Labyrinth und Hörnerv.

Über das metastatische Carcinom des Gehörorgans und über dessen Beziehungen zur Meningitis carcinomatosa. Von Dr. E. Schlittler in Basel, gew. 1. Assistent der Klinik. (Aus der oto-laryngologischen Klinik in Basel [Vorstand: Prof. Doktor Siebenmann].) (Arch. f. Ohrhlk. 103. H. 4. 1919.)

Das metastatische Carcinom des Gehörorgans wurde bisher noch seltener beobachtet als das primäre. Immerhin dürfte es häufiger auftreten, als man glaubt. Der von Verf. beschriebene Fall von metastatischer Carcinombildung des inneren Ohres stellt eine Teilerscheinung des als Meningitis carcinomatosa oder als Meningealkrebs bezeichneten Krankheitsbildes dar. Die funktionelle Prüfung ergab eine hochgradige Labyrinthschwerhörigkeit; die anatomische Untersuchung bestätigte wieder die Helmholtzsche Hypothese. Das metastatische Carcinom des Gehörorgans tritt auf: 1 als im Felsenbein lokalisierte Tumormetastase und 2. als Otitis interna carcinomatosa (Teilerscheinung der Meningitis carcinomatosa) in Form eines krebsigen Infiltrates längs des Acustico-Facialisstammes und seiner Verzweigungen. Verdacht auf Carcinommetastase besteht bei Doppelseitigkeit, meningitischen Erscheinungen und bei reiner Innenohraffektion sowohl des cochlearen wie vestibularen Apparates. Bei der Differentialdiagnose zwischen primärem und metastatischem Carcinom spricht gegen erstere das Fehlen einer der Carcinombildung vorausgehenden chronischen Otorrhoe sowie Bildung multipler Metastasen. Verf. scheint das Mittelohrcarcinom einen Beweis zu liefern, daß die Lokalisation des primären Tumors hinsichtlich Metastasenbildung eine große Rolle zukommt.

Ernst Urbantschitsch.

IV. Otochirurgie.

Über die Anwendung der offenen Wundbehandlung in der Otochirurgie. Von Prof. Dr. Linck, StA. d. Res. (Zschr. f. Ohrhlk. 77. H. 4. 1918.)

Der weitaus größte Teil der Arbeit ist der offenen Wundbehandlung bei Radikaloperationen des Ohres gewidmet, wobei Verf., von seinen ersten Mißerfolgen ausgehend, die Methode und den Weg ihres Zustandegekommenseins erörtert. Die Einzelheiten der Methode selbst faßt er, wie folgt, kurz zusammen: „1. Sorgfältige Vorbereitung und Desinfektion des Operationsgebietes und seiner Umgebung. 2. Hohe Anlage des Weichteilschnittes und Schonung der Sehnenansätze an der Spitze des Warzenfortsatzes. Möglichst konservative Anlage der Radikaloperation. Eingehen von der hinteren oberen knöchernen Gehörgangswand aus und möglichst sorgfältige und doch konservative Ausräumung des Krankheitsherdes unter Verwendung von Lokalanästhesie. 3. Schonende Behandlung des häutigen Gehörgangsschlauches bis zur Plastik, Ausführung derselben nach Stake-Jansen mit vorsichtiger Verdünnung des plastischen Lappens. Möglichste Schonung bereits vorhandener Epidermis im Operationsgebiet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Primäre feste Tamponade der gesamten Operationshöhle unter Zählung des Einzeltampons. 5. Primäre Naht der retroaurikulären Weichteilwunde über einem zum unteren Wundwinkel herausgeleiteten Gazedocht. Fester Deckverband. 6. Entfernung des ersten Verbandes möglichst nicht vor Ablauf der ersten Woche. Dabei vorsichtige Lösung und Entfernung der gezählten Einzeltampons aus der Wundhöhle vom äußeren Gehörgang aus und des Gazedochtes aus dem unteren Wundwinkel. Ersatz des letzteren durch kurzes dünnes Gummidrain. 7. Ausspülung der Wundhöhle vom Gehörgang aus mit lauwarmer, steriler Kochsalzlösung mittelst steriler Spritze (10—20 cm^3 Rekordspritze, bei der nur die Kanülen gewechselt zu werden brauchen). 8. Sicherung der Haut im Nahtgebiet, an der Ohrmuschel und in deren Umgebung durch Salbenaufstrich. 9. Deckverband über dem Nahtgebiet, offener Ringschleierverband über der Ohrmuschel und dem äußeren Gehöreingang. 10. Entfernung der Nähte am 10. Tag post operationem. 11. Anfänglich täglich zweimalige Spülungen, später täglich nur einmal. 12. 14 Tage offener Ringschleierverband, später offener Drahtklappenverband."

Dann bespricht Verf. die offene Wundbehandlung bei der Nachbehandlung von Hammer-Amboßextraktionen, von der er ebenso wie bei der Radikaloperationsnachbehandlung die besten Erfolge gesehen hat, wogegen die offene Wundbehandlung bei einfacher Aufmeißelung des Proc. mastoid. (Antrotomie) dem Prinzip widerspricht, daher von Verf. gar nicht in ernstliche Erwägung bzw. Erprobung gezogen wurde.

Ernst Urbantschitsch.

Personalien.

Gewählt: Prof. Dr. Jurasz in Lemberg zum Rektor der Universität für das Studienjahr 1919/20.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Karl Amersbach in Freiburg i. Br. zum Oberarzt an der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkrankheiten.

Feier: Hofrat Prof. Dr. Wilh. Kirchner, Vorstand der Universitäts-Ohrenklinik zu Würzburg, feierte am 19. August 1919 und Geh. Med.-Rat Prof. Walb in Bonn feiert am 17. Oktober 1919 in voller Gesundheit und Rüstigkeit seinen 70. Geburtstag.

Habilitiert: Dr. Konrad Stein in Wien für Otologie und Dr. Otto Fleischmann in Frankfurt a. M. für Ohrenheilkunde.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. Rudolf Fischer-Teplitz-Schönau: Objektiv hörbare endotische Geräusche und Facialistic. (Mit 1 Figur) 513
Dr. A. J. Cemach-Wien: Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde. (Mit 4 Figuren.) (Fortsetzung und Schluß) 519

Vereinsberichte

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 28. April 1919 532
Aus den Sitzungen der polnischen ärztlichen Vereine im Jahre 1916 bis 1917 . . 536

Bücherbesprechungen

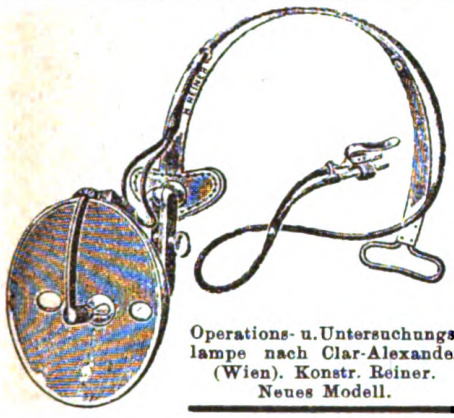
Dr. Martin Weiser: Medizinische Kinematographie 540

Referate

I. Allgemeines 541
II. Äußeres Ohr und Mittelohr 542
III. Labyrinth und Hörnerv 543
IV. Otochirurgie 543

Personalien

Gewählt. — Ernannt. — Feier. — Habilitiert 544



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien
Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.
Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.
Neueste Konstruktionen.
Man verlange Spezialofferte.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Beiträge zur klinischen Ohrenheilkunde

Festschrift
für Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch-Wien
Von seinen Kollegen, Schülern und Freunden

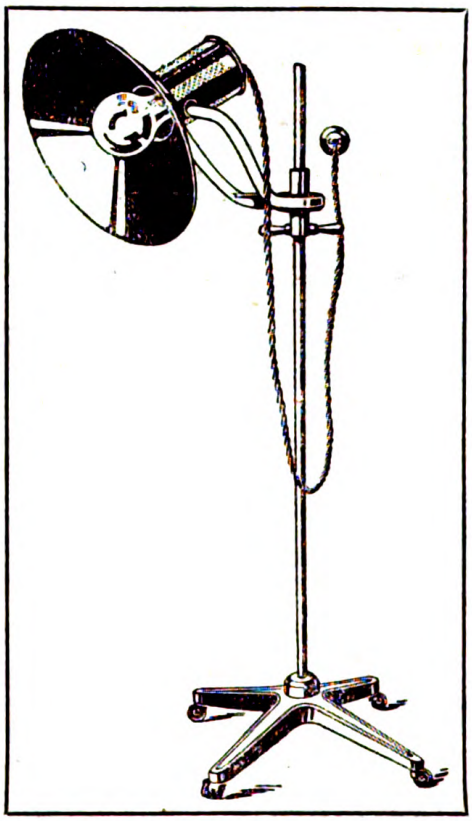
Mit 86 zum Teil farbigen Textabbildungen und 11 Doppeltafeln sowie 1 Bildnis. 8°. 1919. M 40.— = K 72.—. (Für Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.—.) + 20% resp. 30% Teuerungszuschlag.

Eine Sammlung von Arbeiten erster Autoren als Festschrift veröffentlicht zur Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers, des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch in Wien.

Die hier zum ersten Male veröffentlichten Beiträge sind nicht nur für Ohrenärzte wichtig, sondern vermöge ihres Inhaltes für jeden praktischen Arzt von Interesse.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfolge bei Mittelohr-eiterungen



erzielt „Sollux"-Ergänzungs-Höhensonne
nach Dr. Heusner (Gießen) und erzeugt

strahlende Wärme

in idealer Weise. Das qualvolle Kopf-
lichtbad ist durch „Sollux" überholt.

Wir bitten Lit.-Sammlung
kostenlos einzufordern.

Quarzlampen-Ges. m. b. H., Linz a. D.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Priv.-Doz. Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang 9. Heft
(September)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919

Monatlich erscheint 1 Heft

Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

*Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr. **Ernst Urbantschitsch**, Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr. **H. Marschik**, Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Doz. Dr. Hugo Frey-Wien: Zur Plastik retroaurikulärer Defekte. (Mit 7 Figuren) 545

Vereinsberichte

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 26. Mai 1919 550
Aus den Sitzungen der polnischen ärztlichen Vereine im Jahre 1916 bis 1917 . . 570

Bücherbesprechungen

Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Festschrift für Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch von seinen Kollegen, Schülern und Freunden 574

Referate

I. Labyrinth und Hörnerv 575
II. Otochirurgie 576

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

VALYLPERLEN

(Valeriansäurediäthylamid)

Bewährtes

Sedativum und Nervinum

Eigenschaften:

Konstante, verstärkte, typische Baldrianwirkung, sedativ, analeptisch. Dünndarmlöslich, keine Beschwerden von Seiten des Verdauungstraktus.

Indikationen:

Ohrensausen, Ménière'scher Schwindel.
Neurasthenie, nervöse Herzleiden und Schlaflosigkeit.
Psychische Beruhigung vor der Lokalanästhesie,
Menstruations-, Schwangerschaftsbeschwerden.
Flimmerskotom, Asthenopie, Seekrankheit.

Dosierung:

2—3mal täglich 2—3 Perlen zu 0,125 g.

Originalpackungen:

25 Perlen zu 0,125 g.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 9. Heft.

Nachdruck verboten.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Zur Plastik retroaurikulärer Defekte.

Von Doz. Dr. **Hugo Frey.**

(Mit 7 Figuren.)

Seitdem die primäre Naht nach den Totalaufmeißelungen des Mittelohres von den meisten Otochirurgen geübt wird, kommen überhäutete Fisteln hinter dem Ohre als Residuen operativer Eingriffe verhältnismäßig nur mehr selten vor. Immerhin sieht man sie gelegentlich noch immer, besonders bei solchen Fällen, bei denen Komplikationen der Mittelohreiterung insbesondere in der hinteren Schädelgrube zu ausgedehnteren Knochenresektionen gezwungen haben. Meine Erfahrungen im Kriege haben mir aber auch eine größere Zahl von Fällen von Schußverletzungen des Gehörorgans gezeigt, bei welchen nach mehr oder minder eingreifenden Operationen die chirurgische Heilung, jedoch nur mit bedeutenden Defekten und großen, überhäuteten Fistelöffnungen erfolgte. Insoferne es sich in den Fällen beider Art um überhäutete, direkt in das Mittelohr führende Öffnungen handelt, die in der Ebene der Schädeloberfläche liegen, besitzen wir eine Reihe sehr guter plastischer Methoden, um sie zum Verschluß zu bringen. Ich nenne bloß diejenigen von Mosetig, Trautmann, Passow, Ruttin und Alexander. Auch ich habe schon vor längerer Zeit eine Methode angegeben, derartige Fisteln durch Paraffininjektion zum Verschluß zu bringen, ein Verfahren, das mit den blutigen Plastiken immerhin mit Erfolg konkurrieren konnte.

Wenn es sich aber nicht um derartige einfache Fistelbildungen handelt, sondern wenn große Defekte des Knochens vorliegen, die unter Umständen die Größe des Planum mastoideum erreichen, grubig ausgehöhlt sind und an deren tiefstem Punkte dann erst die Fistelöffnung liegt, sind die oben genannten Methoden unzureichend. Gerade bei den Defekten nach Kriegsverletzungen, wo häufig der ganze Warzenfortsatz und Teile der zertrümmerten Schuppe bei der Entsplitterung entfernt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden müssen, kommen derartige sehr große und gleichzeitig sehr tiefe Defekte vor. Bei diesen Fällen genügen nun die oben erwähnten einfachen Methoden kaum; denn wenn es auch — unter erheblichen technischen Schwierigkeiten — gelingt, die Fistelöffnung zu schließen, so bleibt doch der mehr oder minder ausgedehnte Knochendefekt mit seinen kosmetischen und anderen Nachteilen bestehen.

Solche, oft ziemlich tiefe, grubige Defekte finden sich endlich auch, und zwar ohne Fistelbildung, nach einfachen Aufmeißelungen (Trepanationen), die wegen akuter Mastoiditis vorgenommen wurden.

Hier handelt es sich gewöhnlich einerseits darum, daß beim operativen Eingriff viel Knochen entfernt werden mußte, andrerseits auch darum, daß aus irgend welchen uns noch nicht bekannten Gründen die Regenerationskraft des Knochengewebes bei dem operierten Individuum eine ungenügende ist. Gerade in den letzten Jahren wurde die Aufmerksamkeit mehrfach darauf gelenkt, daß nach Aufmeißelungen der Knochenersatz in der Operationshöhle sehr häufig unvollständig bleibt und daß sich der Defekt nur durch ein mehr oder weniger maschiges Bindegewebe ersetzt. Derartige Befunde rühren insbesondere von Lange her (Über die Heilungsvorgänge nach Antrumoperation. Passows Beitr. 4), ferner von H. L. Wolff (Über die rezidivierende Mastoiditis. Zschr. f. Ohrhlk. 1907. 54), Calamida (Réinfections mastoidiens. Arch. intern. de Laryng. 23. 1907) und mir (Zur Frage der sogenannten rezidivierenden Mastoiditis. Mschr. f. Ohrhlk. 1908. 42). Diese Publikationen, die die Frage der sogenannten rezidivierenden Mastoiditis behandeln, haben neues Material beigebracht, um die Annahme zu stützen, daß sehr häufig unsere Operationshöhlen sich nicht mehr mit Knochensubstanz füllen.

Dementsprechend finden wir, daß nach vollendeter Heilung, wenn das in der Operationshöhle gebildete Bindegewebe schrumpft, entstellende Defekte sich ergeben.

Eine Reihe von Vorschlägen befaßt sich damit, bei den einfachen Aufmeißelungen schon beim Eingriff selbst oder innerhalb kurzer Zeit darnach Maßnahmen zu treffen, die die Ausbildung solcher Defekte verhindern sollen. So haben Küster (Osteoplastische Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes. Zbl. f. Chir. 1899), Piffl (Über die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes bei Komplikationen akuter Mittelohreiterung. Arch. f. Ohrhlk. 51) E. Urbantschitsch (Über primäre und sekundäre Naht nach Aufmeißelung des Warzenfortsatzes. Mschr. f. Ohrhlk. 1905. 39), Bondy (Zur Operation und Nachbehandlung der akuten Mastoiditis Verhandl. d. Deutschen otolog. Ges. 1911), Lüders (Modifikation der Aufmeißelung bei akuter Mastoiditis. M. Kl. 1911), Gabe, Leland u. a. verschiedene Vorschläge gemacht, die sich im wesentlichen auf die mög-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lichste Konservierung des Periosts und frühzeitige Naht der Operationswunde beziehen. Auf der anderen Seite sind diesen „prophylaktischen" Maßnahmen gegenüber Versuche gemacht worden, die bereits bestehenden Defekte nachträglich zu korrigieren. So haben insbesondere Reinking und Voss (Plastisches Verfahren zum primären und sekundären Verschluß von Antrumoperationswunden. Verhandl. d. Deutschen otolog. Ges. 1912) eine Methode angegeben, bei welcher parallel mit der Ansatzlinie der Ohrmuschel, knapp an der Haargrenze, ein linearer Schnitt geführt wird und der zwischen diesem und der alten Incision unter der entstehenden Hautbrücke gelegene „Weichteilsriemen" in den Defekt implantiert wird. Gegen dieses letztere Verfahren und noch manche andere wurde von verschiedenen Seiten der Einwand gemacht, daß eine neue Incision an einer anderen Stelle erforderlich ist, so daß der Patient statt einer Narbe zwei trägt; außerdem aber scheint es mir, daß es insbesondere bei ausgedehnten und tiefen Defekten, bei welchen das Narbengewebe häufig ziemlich weithin dem Knochen adhärent und stark verdünnt ist, oft seine Schwierigkeit haben mag, genügende Weichteilsdeckung von dort heranzuziehen.

Ich habe mich deshalb schon vor längerer Zeit bemüht, ein Verfahren zu finden, das in seinem Erfolge zuverlässig, die Möglichkeit jeder neuen kosmetischen Schädigung absolut ausschließt und das sowohl für Defekte mit und ohne Fistel, nach einfachen oder Totalaufmeißelungen gleich geeignet ist. Zwei nach diesem Verfahren operierte Fälle konnte ich in der otiatrischen Sektion der Deutschen Naturforscherversammlung 1913 demonstrieren. Seither hat auch O. Mayer[1]) einen Fall nach dieser Methode operiert und vorgestellt. Eine größere Anzahl von Kriegsverletzungen, in denen ich ebenfalls diese Methode anwenden konnte, haben mich in bezug auf den Erfolg sehr befriedigt und dies veranlaßt mich, das Verfahren in Kürze zu schildern.

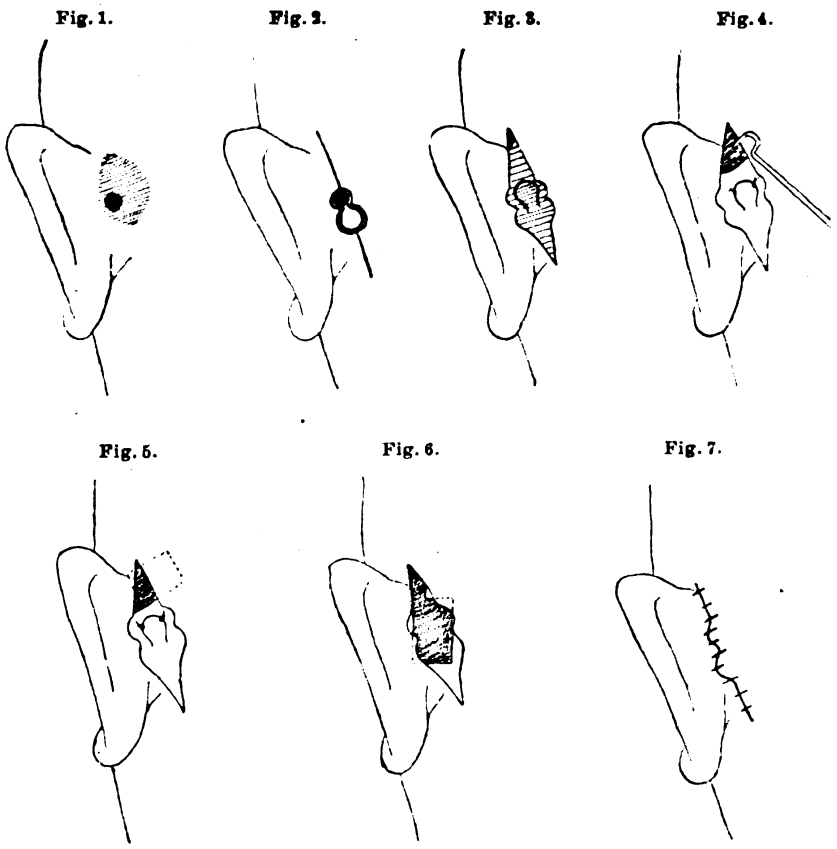
Es lehnt sich da, wo eine Fistelbildung vorliegt, an die Mosetigsche Methode an. Den Ersatz des Defektes jedoch bewirke ich durch Entnahme eines gestielten Lappens aus dem Temporalmuskel, den ich in den Defekt implantiere.

Im Folgenden will ich den Vorgang der Plastik beschreiben, wobei ich von der Annahme eines größeren Defektes mit offener Fistel, als dem komplizierteren Falle, ausgehe. Die beigegebenen schematischen Zeichnungen dürften die Methode ohne weiteres verständlich machen. Fig. 1 zeigt einen größeren retroaurikulären Defekt (schraffiert) mit Fistelöffnung. Die Schnittführung erfolgt nun wie in Fig. 2, indem zunächst in der alten Längsnarbe eingeschnitten, die Fistel kreisförmig umgangen und daran

[1]) Verhandlungen der Österr. otolog. Gesellschaft vom 27. Juni 1917.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch ein zweiter größerer kreisförmiger Ausschnitt gesetzt wird, der zur Bildung des Mosetigschen Lappens gebraucht wird. Unterhalb dieses geht die lineare Incision weiter. Der Mosetigsche Lappen muß ungefähr zweimal so groß als wie die Fistel gewählt werden, um sie genügend zu decken. Sein äußerster Saum wird in der bekannten Weise von Epidermis entblößt, wobei man jedoch acht haben soll, eine kleine Epidermis-



brücke zwischen dem Zentrum des Lappens und der Fistelauskleidung zu belassen. Diese Schnittführung ergibt sich aus Fig. 2. Nunmehr werden mit einem scharfen Raspatorium die Wundränder nach beiden Seiten ausgiebig zurückgehebelt und mobilisiert. Der Mosetigsche Lappen wird nach oben umgeklappt, seine wunde Seite nach außen gerichtet. Bei dem kräftigen Zurückhebeln der Wundränder wird im oberen Wundwinkel gewöhnlich schon der untere Rand des Temporalmuskels sichtbar (Fig. 3). Nun wird der Mosetigsche Lappen mit zwei oder mehreren Katgutnähten an das bloßgelegte Unterhautgewebe gut fixiert. Die Fistel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist somit bereits gedeckt. Mittelst eines Häkchens wird der Temporalmuskel gefaßt und kräftig nach abwärts gezogen (Fig. 4). Jetzt wird mit der Schere, dem unteren Rande des Temporalmuskels nach hinten folgend und von hier gedeckt unter dem hinteren Wundrande weiterschreitend, ein etwa rechteckiger Lappen aus dem Temporalmuskel geschnitten. Der Schnitt erfolgt zuerst nach hinten, dann im rechten Winkel nach oben, wieder im rechten Winkel zurück nach vorn und dann wieder nach abwärts. Dieser letzte Schnitt muß natürlich schon vor dem unteren Rande des Muskels enden, um einen Stiel übrig zu lassen (Fig. 5). Die punktierte Linie zeigt die Begrenzung des Muskellappens. Die Bezeichnung „unterer Rand des Temporalmuskels" ist nicht streng anatomisch zu nehmen, sondern bezieht sich auf seine Lage quer zur ersten Incisionslinie.

Durch eine Drehung nach abwärts wird nun der so gebildete Muskellappen, bei dem es natürlich nicht darauf ankommt, ob noch andere Weichteilreste an ihm haften, in den Defekt geleitet und auf den Mosetig-Lappen aufliegend, implantiert (Fig. 6). Jetzt werden die mobilisierten Wundränder mit Nähten wieder vereinigt, wobei man zur Erzielung einer glatten Naht oft die Ränder mit Vorteil etwas gegeneinander verschieben kann, so daß die (auf jeder Seite zwei) Ausbuchtungen und Vorsprünge, welche durch die Umschneidung der Fistel und des Mosetig-Lappens gebildet wurden, zahnartig ineinander eingreifen (Fig. 7). Sind die Wundränder sehr stark verdünnt und narbig verändert, so kann man noch ruhig etwas von ihnen abtragen, da genügend Material zum Verschluß vorhanden ist. Die Nähte dürfen nicht in zu großen Abständen von einander liegen, damit die Wundränder komplett schließen. Bei guter Asepsis ist eine Drainage überflüssig.

In der Regel kann man am 4. oder 5. Tag die Hälfte der Nähte, nach weiteren 2—3 Tagen die andere Hälfte entfernen und in ungefähr 8 bis 10 Tagen ist längst alles in Ordnung. Da es nach dem Eingriff noch zwischen Muskellappen und Wand des Hohlraumes blutet, so fühlt sich die Operationsstelle in den ersten Tagen noch etwas weich und elastisch an. Sie konsolidiert sich aber sehr bald und man hat später das Gefühl einer vollständig soliden Unterlage.

Über das weitere Schicksal des Lappens bin ich mir allerdings nicht ganz im klaren und weiß nicht, ob derselbe als Muskelgewebe weiterbesteht oder vielleicht in Bindegewebe sich umwandelt. Es ist das im Grunde genommen gleichgültig.

In Fällen, in denen keine Fistel vorliegt, sondern einfache Defekte, läßt sich das Verfahren natürlich genau so anwenden und es erübrigt sich dann nur die Bildung des Mosetig-Lappens.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man braucht in keinem Falle allzu ängstlich zu sein bei der Bildung des Muskellappens. Wenn er etwa kleiner ausgefallen wäre, als es der Defekt verlangt — und er sieht nach der Abwärtsdrehung gewöhnlich kleiner aus, als man beim Lostrennen aus dem Muskelgewebe geglaubt hat —, so schadet das nichts, denn der eventuell übrig bleibende Hohlraum füllt sich mit Blutkoagulum, das sich später ebenfalls organisiert.

Ich glaube, daß man es der eben geschilderten Methode zum Vorzug anrechnen kann, daß sie eine Neuincision an anderer Stelle vermeidet, selbst keinerlei kosmetische Störung herbeiführen kann und daß sie eine vollkommene und solide Deckung des Defektes durch normale Gewebsmasse erzielt. Die bisher operierten Fälle haben kosmetisch außerordentlich befriedigt. Die beiden oben erwähnten demonstrierten Fälle betreffen einen jungen Mann, der von anderer Seite wegen einer Cholesteatomeiterung zweimal operiert worden war und eine grubige Vertiefung von der Größe der Endphalanx des kleinen Fingers mit einer Fistel von 5 *mm* Durchmesser hatte, wobei die Hauträndер hochgradig atrophiert waren. Der zweite Fall betraf einen von mir wegen ausgedehnten Extraduralabscesses und Sinusthrombose operierten Mann, bei dem ebenfalls ein ziemlich umfangreicher Knochendefekt bestand. Beide Fälle sahen so gut aus wie einfach primär genähte Operationen.

Eine Reihe weiterer Fälle mit Defekten nach einfacher und totaler Aufmeißelung haben ebenso befriedigt; in den letzten zwei Jahren hatte ich auch mehrfach Gelegenheit, die Leistungsfähigkeit der Methode bei großen Defekten nach Schußverletzungen mit bestem Erfolg zu erproben.

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Mai 1919.

Vorsitzender: H. Frey.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

I. J. Fischer: **Meningo-Encephalitis.**

P. R., 8 Jahre.

Anamnese: Als einjähriges Kind Rachitis, mit 3 Jahren Masern und Diphtherie. Gehen und sprechen lernte es erst nach dem 2. Lebensjahre. Im Januar d. J. litt es an Grippe und lag 8 Tage hochfiebernd zu Bette. Vor 2 Monaten traten Kopfschmerz, Brechreiz und ein Müdigkeits- und Unlustgefühl auf. Das Kind wurde scheu, zitterte beim geringsten Anlaß aus Furcht. Die Symptome steigerten sich, das Kind erbrach später jeden Morgen beim Aufstehen mehrmals hintereinander. Über Schwindel klagte es nie. Krämpfe hatte es ebenfalls keine. Eine Woche,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bevor es ins Spital kam, klagte es auch über schwächeres Hören. Die Mutter starb an einem Lungenleiden und auch der Vater soll angeblich lungenkrank sein.

Status praesens: Trommelfell annähernd normal. Vergrößerte Rachentonsille. Hörvermögen: akzentuierte Fl.-Spr. r. = 6 *m*, l. = 8 *m*. Der Stimmgabelbefund ist mit Rücksicht auf die wechselnden, ungenauen Angaben des äußerst ängstlichen und scheuen Kindes nicht zu verwerten. Kein Spontannystagmus. Vestibularisreaktion: Die kalorische Prüfung ergibt rechts eine vollkommene Unerregbarkeit bei vorhandener Erregbarkeit der linken Seite. Wiederholte Untersuchungen ergaben stets die gleichen Resultate. Schädel etwas größer, nirgends Klopfempfindlichkeit. Pupille links eine Spur > als rechts und exzentrisch, beide reagieren auf L. und A. Beiderseitige Protrusio bulbi. Kein Gräfe, kein Möbius, kein Stellwag. Augenbefund (Dr. Urmetzer): Visus r. 6/15 + 0,5 idem, l. 6/10 + 0,5 idem. Fundus: Beiderseits Stauungspapille zwischen 2—5 Dioptrien abwechselnd. Perimeter normal.

Rechtsseitige Facialisparese in allen 3 Ästen. Partielle Entartungsreaktion. Obere Extremitäten: Parese der rechten Extremität, tiefe Sensibilität erhalten, oberflächliche herabgesetzt. Untere Extremitäten: Rechts paretisch, Fußklonus, tiefe Sensibilität erhalten, oberflächliche herabgesetzt. B. D. R. beiderseits gleich, nicht gesteigert. Kein Intentionstremor, keine Gleichgewichtsstörungen. Kein Romberg. Keine Adiodochokinese. Keine Atrophien.

Röntgen: Ganz beträchtliche Verstärkung der Impressiones. Verkalkter Herd nicht zu sehen. Wassermann negativ. — Pirquet stark positiv.

Es handelt sich bei diesem 8jährigen Kinde um eine akut einsetzende Erkrankung des Zentralnervensystems. Im Anschluß an die im Januar durchgemachte Grippe dürfte eine Meningo-Encephalitis aufgetreten sein, als deren Residuen die jetzigen Erscheinungen aufzufassen wären.

Die im Bereiche der oberen und unteren Extremität vorhandenen spastischen Paresen sind ein Zeichen einer Läsion der Pyramidenbahn links. Der Herd kann nun entweder im Cortex oder im Stamm sitzen. Gegen die letztere Annahme spricht das Fehlen der kontralateralen Nervenlähmung. Man muß also an einen corticalen Ursprung denken, wobei der Umstand, daß sich Sprachstörungen nicht nachweisen ließen, die Wahrscheinlichkeit näher legt, statt eines großen Tumors eine Reihe disseminierter kleiner Herde anzunehmen. Die Ätiologie dürfte mit Rücksicht auf den internen Befund tuberkulöser Natur sein, wobei der Grippe-Encephalitis eine auslösende Bedeutung zukommt. Aus dem gleichen Grunde wäre auch der Hydrocephalus, der bei dem Kinde vorhanden ist, durch die Meningo-Encephalitis entweder entstanden oder als akut exacerbiert aufzufassen.

Was die Affektion des Facialis anbelangt, so kann dieselbe gleichfalls cortical bedingt sein, wogegen jedoch erstens die Beteiligung aller drei Äste (in der Regel sind in solchen Fällen bloß die beiden unteren Äste affiziert) und zweitens das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit sprechen. Ebenso macht die Tatsache der partiellen Entartungsreaktion die Annahme eines nukleären Sitzes unwahrscheinlich, vielmehr ist daher an eine Läsion im faszikulären Teil zu denken.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Ursache der völligen vestibulären Unerregbarkeit der rechten Seite bedeutet, daß irgendwo eine Unterbrechung des Bogens: Labyrinth-Augenmuskel erfolgt ist. Brunner, der in seiner Arbeit „Bemerkungen zum zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus" nachwies, daß beide Komponenten subcortical ausgelöst würden, hat die Frage der Lokalisation genauer präzisiert und kommt zu den Schlußfolgerungen: Läßt sich Nystagmus erzeugen, dann liegt der Herd außerhalb des erwähnten Reflexbogens. Ist eine pathologisch veränderte Erregbarkeit vorhanden, so kann die Läsion in unmittelbarer Nähe des Bogens sitzen, auf diesen drücken und diese Symptome erzeugen. Bei völliger Unerregbarkeit aber liegt der Herd im Reflexbogen selbst, was für den vorliegenden Fall unwahrscheinlich erscheint, da sonst sicherlich auch Gleichgewichtsstörungen, Blicklähmung oder Nystagmus aufgetreten wären. Eine Unterbrechung infolge Schädigung der Augenmuskelkerne ist hier gleichfalls auszuschließen, da keinerlei Augenmuskellähmungen vorhanden sind, so daß bloß übrig bleibt, die Unterbrechung im peripheren Teil des Bogens, im Nerven selbst anzunehmen.

Habermann ist der Meinung, daß bei Prozessen, die mit Stauungspapille einhergehen, Veränderungen im Innenohr auftreten, die er als Analogon der Stauungspapille des Opticus auffaßt. Er stützt seine Hypothese durch eine Reihe eingehender mikroskopischer Befunde, laut denen er Zeichen venöser Hyperämie, Stauung in den Lymphgefäßen, Blutungen im inneren Gehörgang und degenerative Prozesse im Innenohr fand.

Auch Ruttin hat bei Steigerung des Hirndruckes eine Übererregbarkeit des Vestibularis und in einem Fall eines Stirnhirntumors durch Druckwirkung eine Unerregbarkeit des kontralateralen und eine Übererregbarkeit des gleichseitigen Vestibularis beobachtet und histologisch eine Atrophie des Octavus gefunden. Es scheint mir nicht sehr wahrscheinlich, diese Druckwirkung auch für meinen Fall als Ursache anzunehmen, da der Prozeß erst 2 Monate alt ist. Ich kann mir wohl vorstellen, daß durch Steigerung des Druckes Reizsymptome hervorgerufen werden, daß es aber innerhalb so kurzer Zeit zu so schweren Schädigungen kommen soll, die zur völligen Zerstörung des Vestibularis führen, noch dazu bloß auf einer Seite und nur den Vestibularis betreffend, den Cochlearis jedoch fast intakt lassen, diese Annahme ist meiner Ansicht nach im höchsten Grad unwahrscheinlich.

Es bleibt daher nur übrig anzunehmen, daß die unilaterale Affektion des Facialis, Cochlearis und Vestibularis durch direktes Übergreifen der meningo-encephalitischen Infektion zustande gekommen ist.

Diskussion.

E. Fröschels: Was die verzögerte Sprache anlangt, so möchte ich darauf hinweisen, daß nicht das jetzige Leiden, sondern die Rachitis bzw. Schädelrachitis die Ursache der motorischen Sprachstörung ist. Der Umstand, daß beim Kinde alle Facialisäste befallen sind, läßt einen Schluß gegen die corticale Lokalisation nicht zu, da das Areale beim Kinde eben klein ist, während beim Erwachsenen ein Tumor bloß einen oder den anderen Ast ergreifen, eine oder die andere Extremität lähmen kann. Den Ausführungen des Herrn Fischer betreffend den Hirnstamm kann ich mich ganz anschließen. Ich möchte noch mit Rücksicht auf die Arbeiten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ekonomos über Encephalitis lethargica nach Grippe fragen, ob beim Kinde eine besondere Schläfrigkeit zu bemerken ist.

Fischer: Bezüglich der corticalen Lokalisation des Facialis möchte ich bemerken, daß ich meine Meinung nicht nur auf die Läsion aller Äste, sondern auch auf die bestehende Entartungsreaktion stütze. Gegen die Annahme eines Herdes im Hirnstamm spricht das Fehlen der kontralateralen Nervenlähmung und der bei intrapontinen Herden vorkommenden Symptome, z. B. Deviation conjugée, Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus etc. Beim Kinde ist ein gewisses Unlust- und Müdigkeitsgefühl im Anschluß an die Grippe aufgetreten.

II. A. Politzer: **Beitrag zur pathologischen Anatomie des Trommelfells.**

Unter Vorlage von Präparaten und Zeichnungen erläutert Politzer einen bisher nicht bekannten Befund am Trommelfell. Es handelt sich um einen am unteren Abschnitt des Trommelfells befindlichen Tumor, welcher, gegen die Trommelhöhle prominierend, am Sagittaldurchschnitt eine quadratische Form zeigt und dessen Durchmesser $2^1/_2$ *mm* beträgt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt in senkrechten Bündeln angeordnetes, fibröses Gewebe, welches von einer dünnen Epithellage bedeckt wird. Die Substantia propria des Trommelfells dringt in den äußeren Abschnitt des Tumors ein, ist aber in diesem von der Struktur der Neubildung nicht zu unterscheiden. Das Präparat stammt von einem unbekannten Individuum. Es dürfte sich um eine aus Granulationsgewebe hervorgegangene Neubildung handeln, eine Ansicht, der auch Alexander, der das Präparat sah, beistimmte.

Politzer weist ferner auf einen Trommelfellbefund hin, den man nicht selten an Längsdurchschnitten des Hammers findet und der zu irrigen Annahmen Anlaß geben konnte. Man findet nämlich, wie die vorgelegten Präparate zeigen, einen der äußeren Kante des Hammergriffs entsprechenden Spalt von verschiedener Größe, deren äußere Wand durch eine verschieden mächtige Epidermisplatte gebildet wird. Es handelt sich hier seiner Ansicht nach um eine durch die mikroskopische Technik bewirkte Ablösung der dicken Epidermislage längs des Hammergriffs.

Anders verhält es sich bei einem zweiten Präparat, an dem ebenfalls unterhalb des kurzen Hammerfortsatzes ein geräumiger Spalt sich befindet. Hier erscheint am unteren Abschnitt des Spaltes auch ein Teil der Periostlage, des in seiner Mitte pathologisch erweichten Hammergriffs im Zusammenhange mit der Epidermislage abgelöst. Das Präparat stammt von einem an chronischer Mittelohreiterung leidenden Individuum, bei welchem sich Bindegewebsneubildungen in der Trommelhöhle vorfanden. Der Prussaksche Raum ist mit einem gefäßreichen Bindegewebe verödet. Wodurch diese offenbar pathologische Ablösung an der äußeren Hammergriffkante bedingt wird, läßt sich nicht begründen.

Politzer weist zum Schluß darauf hin, daß bei der primären akuten Myringitis, welche zweifelsohne meist ihren Sitz in der Cutisschichte des Trommelfells hat, den Hammergriff überwölbende, seröse und hämorrhagische Blasen am häufigsten im hinteren oberen Abschnitt des Trommelfells vorkommen, und läßt es dahingestellt, ob dieses Vorkommnis in einem Zusammenhang mit der leichteren Ablösbarkeit der Epidermis in dieser Region zusammenhängt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. A. Martin Schwarz: **Sekretgeräusch bei einer Parotisabsceßfistel, die in den äußeren Gehörgang führt.**

Bei der 63jährigen Pat. K. N. besteht seit mehreren Monaten ein kalter Absceß der Parotisgegend rechts, dessen dünnflüssig-eitriges Sekret sich durch eine Fistel in den rechten äußeren Gehörgang ergießt. Die zirka 2 *mm* lange, schlitzförmige Fistelöffnung liegt vorne unten an der Grenze des knorpeligen gegen den knöchernen Teil des Gehörganges. Bei Sondierung des Fistelganges gelangt man knapp unter der Öffnung nach vorne unten lateralwärts in einen zwischen vorderer knorpeliger Gehörgangswand und Kiefergelenkskapsel gelegenen, ziemlich geräumigen Spalt, der bei jedesmaligem Öffnen des Mundes durch die Wanderung des Kiefergelenkköpfchens dilatiert wird und auf diese Weise Luft ansaugt. Durch die Hin- und Herbewegung des Unterkieferköpfchens wird diese in den Spalt hineingesaugte Luft mit dem Sekret im Hohlraum zu einer schaumigen Masse vermengt, wodurch ein auch für die Umgebung deutlich hörbares, quatschendes Geräusch entsteht, das die Pat. beim Essen und Sprechen belästigt.

Der während der Kaubewegung aus der Fistel austretende Sekretschaum erinnert lebhaft an schaumigen Speichel, so daß anfangs die vermutungsweise Diagnose „Speichelfistel" gestellt wurde. Jedoch ergaben sowohl die Versuche, den Sekretfluß durch Brotkauen oder durch das Vorhalten einer Zitrone (Prof. Neumann) zu steigern, als auch die chemische Untersuchung des Sekrets, daß es sich um keine Speichelfistel handelt.

Diskussion.

Alexander erwähnt bei dieser Gelegenheit einen Fall von echter Speichelfistel in den Gehörgang nach Schußverletzung, an dem die Sekretflußsteigerung durch Anregung des Appetits sehr schön zu beobachten war.

IV. O. Beck: **Zur Klinik der frontopontinen-cerebellaren Bahn.**

Die 26jährige Pat. leidet seit frühester Kindheit an einer beiderseitigen chronischen Mittelohreiterung, die ihr außer der Schwerhörigkeit keine Beschwerden bereitet, da sie nur von Zeit zu Zeit an Ohrenfluß leidet. Seit einem Jahr haben sich die schon früher bestandenen Kopfschmerzen wesentlich gesteigert. Sie treten ohne eine der Pat. bekannte Ursache zeitweise mit großer Intensität auf, außerdem besteht öfters Schwindelgefühl, fast immer nach links. Das Auftreten des Schwindels soll nach Angabe der Kranken unabhängig sein von äußeren Ursachen resp. brüskeren Kopfbewegungen.

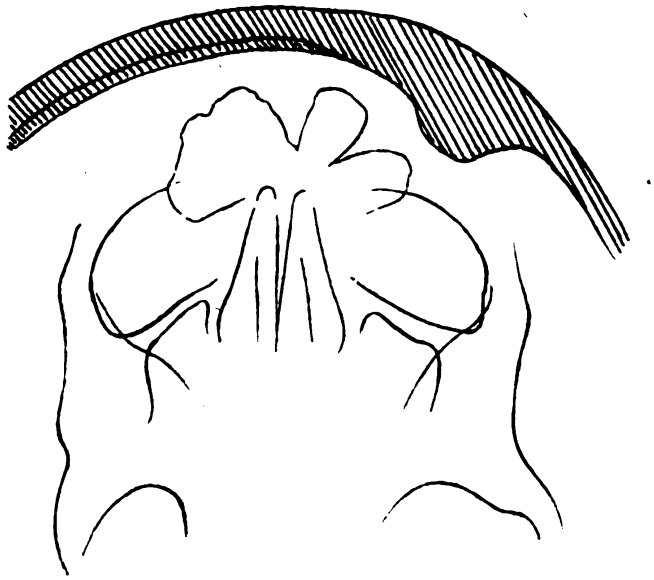
Ohrbefund: Beiderseits Perforation in den vorderen Quadranten, minimale Sekretion. Gehör: R.: Konv.-Spr. 10 *cm*, Fl.-Spr. 0. L.: Konv.-Spr. 1½ *m*, Fl.-Spr. ½ *m*. — Weber nach rechts, Rinne beiderseits negativ. Schwabach beiderseits verlängert. Geringer spontaner zentraler Nystagmus bei Rechts- und bei Linksblick. Bei Blick nach aufwärts geringer vertikaler Nystagmus nach aufwärts, jedoch inkonstant. Bei Anstellung des Rombergschen Versuches mit gerade gehaltenem Kopf besteht die Tendenz, nach links zu fallen. Bei nach rechts gedrehtem Kopf unsicheres Schwanken ohne Bevorzugung einer bestimmten Fallrichtung. Bei nach links gedrehtem Kopf Tendenz, nach links zu fallen. Gang mit geschlossenen Augen etwas breitspurig. Eine konstante Abweichsrichtung läßt sich nicht feststellen. Spontaner Zeigeversuch, in beiden Armen, in allen Gelenken geprüft, typisch. Kalorische Reaktion rechts:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach 30 Sekunden Spülung mit 26grädigem Wasser typischer Nystagmus mit Schwindelgefühl. Die Zeigebewegungen sind typisch. Die Fallrichtung des Körpers läßt sich durch Veränderung der Kopfstellung im Sinne der langsamen Nystagmuskomponente deutlich verändern. Kalorische Reaktion links (26grädiges Wasser): Nach 10—12 Sekunden Spülung tritt ein sehr heftiger Nystagmus auf, der als Nystagmusklonus imponiert und über 5 Minuten andauert; dabei besteht sehr starkes Schwindelgefühl und Erbrechen und lange anhaltender Brechreiz. Die Zeigereaktion ist nicht auszulösen. Die Fallrichtung nach links ist durch Veränderung der Kopfstellung nicht zu beeinflussen.

Drehreaktion: 10mal rechts (aufrechter Kopf) enorm starker Nystagmus, 3½ Minuten andauernd, mit sehr starkem Schwindelgefühl

Fig. 1.



und Erbrechen. Die Zeigereaktion fehlt. 10mal links gedreht, typischer Nystagmus, 25 Sekunden dauernd, Zeigereaktion typisch. Augenbefund normal. Nervenbefund (Dr. Förster): An den oberen und unteren Extremitäten besteht eine Differenz der Sehnenreflexe zu ungunsten der linken Seite. Röntgenbefund (Doktor Eisler): I. Schädelkapsel: a) Formvergrößerung des Höhendurchmessers in turrikephalem Sinne. b) Dicke: Die Kapsel erscheint im ganzen ein wenig verdickt, besonders deutlich tritt diese Verdickung jedoch im Bereich des rechten Stirnbeins hervor, wo sie teils durch äußere, teils durch innere Auflagerungen zur Verbreiterung des Kapselquerschnittes geführt hat, so daß an dieser Stelle eine tastbare Vorwölbung nach außen und eine deutlich nachweisbare, kugelige Auftreibung nach innen zu beobachten ist.

II. Impressiones digitatae: Sie sind besonders im Bereich des Stirnbeins und der vorderen Schädelgrube vermehrt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Basis: Deutliche Ausbauchung aller Schädelgruben.

IV. Sella turcica: Sie ist geräumig, napfförmig, von normaler Architektur.

V. Sellavorsprünge: Hyperostotisch.

VI. Pneumatische Räume: 1. Stirnhöhlen: Sie sind dreigelappt, asymmetrisch. Die rechte größer wie die linke, aber normal lufthältig. 2. Siebbeinzellen: normal hell. 3. Kieferhöhlen: normal lufthältig. 4. Keilbeinhöhlen: ohne Besonderheiten. (Siehe Röntgenskizze.)

Ich habe mir erlaubt, in der Januarsitzung 1915, in der Februar- und Märzsitzung 1916 Beiträge zur Klinik der frontopontinen-cerebellaren Bahn vorzustellen. Diese Bahn nimmt ihren Ursprung in der Rinde des Stirnhirns und verläuft zum vorderen Schenkel der inneren Kapsel. Hier liegt sie vor den Bahnen der Hirnnerven mehr basal und verläuft dann in den medialen Anteilen des Hirnschenkelfußes, um sich in die proximalen, medialen Anteile des Brückengraues zu begeben.

Auf Grund des Röntgenbefundes besteht eine Hyperostose des rechten Stirnbeines, welche gegen das Stirnhirn drückt. Der klinische Befund respektive die Vestibularprüfung spricht für eine Affektion der linken hinteren Schädelgrube, worauf die bedeutende vestibuläre Übererregbarkeit für thermische und Drehreize, der Ausfall der Zeigereaktion und die Unbeeinflußbarkeit der Fallrichtung durch die Veränderung der Kopfstellung während der Labyrinthreizung spricht. Außerdem besteht eine Herabsetzung der Sehnenreflexe links. Eine angedeutete Adiodochokinese ist symptomatisch nicht verwertbar, weil der Unterschied gegen rechts nicht sehr deutlich ist und es sich ja um die linke Hand einer Rechtshänderin handelt. Man wird daher annehmen müssen, daß die besagte Hirnbahn in ihrem Anfangsteil getroffen ist. Der Fall gehört in die Reihe jener, bei denen ein Tumor in der vorderen Schädelgrube und in der kontralateralen, hinteren Schädelgrube in engere Differentialdiagnose kommt. Auf die einschlägige Literatur will ich jetzt nicht näher eingehen. Der Fall ist deshalb erwähnenswert, weil man im Röntgenbild deutlich die ziemlich große, hügelige Vorwölbung im Stirnhirn sehen kann.

Kurz erwähnt sei noch die Krankheitsgeschichte eines Pat., der vom Prof. Neumann und mir, unabhängig von einander, im Jahre 1911 beobachtet wurde und vom Prof. Neumann später vorgestellt worden ist. Es war ein Tumor der hinteren Schädelgrube diagnostiziert worden und bei der Obduktion (der Kranke wurde operiert) zeigte es sich, daß es sich um ein Endotheliom handelte, das von der Sylvischen Furche aus das Stirnhirn von hinten unten nach vorn oben komprimierte.

V. O. Beck: **Luetische Meningitis mit Taubheit und vestibularer Ausschaltung rechts, bei normalem Gehör links. Ausschaltung für kalorische Reize bei erhaltener Erregbarkeit für Drehreize.**

Der 22jährige Leutnant bemerkte im August 1918 die Initialsklerose am Penis.

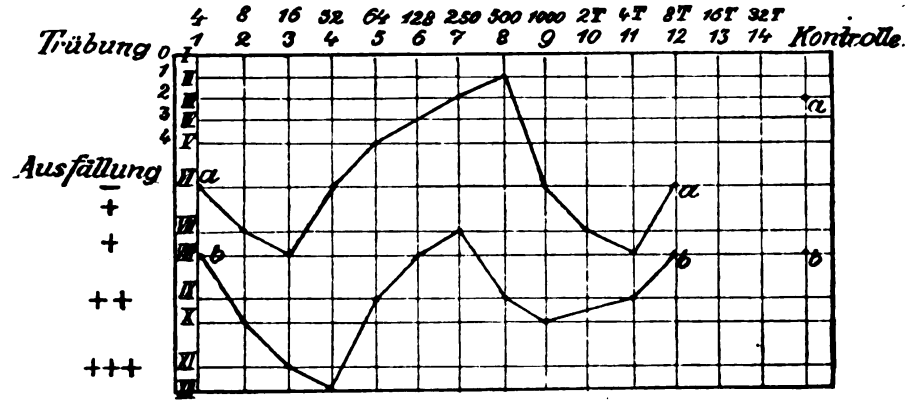
1. Behandlung anfangs Oktober: 10 Salvarsaninjektionen und 15 Hg-Injektionen. Nach Abschluß der Behandlung negativer Wassermann. Ende April trat Ohrensausen rechts auf und einige Tage später eine Facialparese erst im Augen- und dann im Mundast. Seit zirka 5. V. bemerkte der Kranke, daß er am rechten Ohr schlecht höre. Seit dem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

12. V. trat Schwindelgefühl auf, hauptsächlich nach rechts. Er mußte wegen des Schwindels zwar nicht im Bett liegen, konnte aber ohne Stock nicht gehen. Eine Schwindelattacke mit Erbrechen oder sonstigen schweren Erscheinungen hat er nicht durchgemacht.

Ohrbefund: Trommelfell und Mittelohr beiderseits normal. Rechts: Komplette Taubheit. Links: Normales Gehör. Bei Anstellung des Rombergschen Versuches unsicheres Schwanken des Körpers ohne Bevorzugung einer bestimmten Fallrichtung, ebenso bei Veränderung der Kopfstellung. Gang mit geschlossenen Augen ist unsicher mit der Tendenz, nach rechts abzuweichen. jedoch keine groben Gangstörungen. Spontaner Zeigeversuch in beiden Armen typisch. Spontaner rotatorisch-horizontaler Nystagmus bei Blick nach links und nach rechts. Bei Blick nach links schwächer als nach rechts. In den übrigen

Fig. 2.
Mastix-Reaktion.



Blickrichtungen kein spontaner Nystagmus. Kalorische Reaktion rechts (mit kaltem und warmem Wasser gespült): Keine Verstärkung des spontanen Nystagmus zu bemerken und kein Nystagmus bei Geradblick auszulösen. Kein Schwindel, kein Abweichen der Arme, keine Fallrichtung des Körpers zu provozieren. Kalorisch links (mit kaltem und warmem Wasser geprüft) gibt denselben Befund wie rechts, d. h. komplette Ausschaltung. Drehreaktion: 10mal Linksdrehung, Kopf aufrecht, Ny ➳ 3—4 Schläge. 10mal Rechtsdrehung, Kopf aufrecht, Ny ➳ l. 18″. 10mal Linksdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ r. 5″. 10mal Rechtsdrehung, Kopf vorgeneigt, Ny ↻ l. 20″.

Nervenbefund (Doz. Dr. Schacherl): Facialparese rechts in allen drei Ästen, sonst negativ. Liquorbefund (Doz. Dr. Schacherl): Wassermann: Serum negativ, Liquor positiv. — Globin-Reaktion 1:1 trüb. 28%-Reaktion trüb, in fünffacher Verdünnung klar. Lymphocyten: 831. Polynukleäre Leukocyten 0. Gesamteiweiß: 0,3‰. Wasserklar, ohne Gerinnsel.

Es handelt sich demnach bei diesem Pat. um eine luetische Meningitis, die folgende Labyrintherscheinungen zeigt: Rechts: Komplette

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Taubheit. Links: Normales Gehör. Beide Vestibularapparate sind für kalorische Reize ausgeschaltet und beiderseits fehlen bei thermischer Prüfung die Zeigereaktionen. Rechts besteht Unerregbarkeit für Drehreize. Es ist also nur das linke Labyrinth für Drehreize ansprechbar und diese Labyrinthreaktion ist die einzige, bei der Reaktionsbewegungen der oberen Extremitäten hervorzurufen sind.

Im Jahre 1912 habe ich in dieser Gesellschaft mehrere Fälle demonstriert, bei denen es sich um ein gleichzeitiges Befallensein von Cochlearis-Vestibularis und Facialis derselben Seite gehandelt hat. Diese Fälle befanden sich ebenfalls im Sekundärstadium der Lues. Bei einem im Januar 1912 vorgestellten Fall bestand außerdem auf der gesunden Seite eine Ausschaltung für thermische Reize bei erhaltener Drehreaktion. Diese Fälle habe ich damals als Polyneuritis cerebralis menieriformis (Frankl-Hochwarth) gedeutet. Liquoruntersuchungen wurden zu jener Zeit nicht vorgenommen. Es ist aber keine Frage, daß es sich auch bei diesen Fällen um luetische Meningitiden gehandelt hat. Auf die Unterschiede in der Erregbarkeit eines Labyrinthes für kalorische respektive Drehreize habe ich mir erlaubt des öfteren hinzuweisen, da dieses Verhalten für die Lues ziemlich charakteristisch ist und speziell für jene Formen, bei denen es sich um eine nervöse Störung handelt, bei der die Läsion nicht in das statische Endorgan zu verlegen ist, sondern bei der es sich um einen retrolabyrinthären Sitz der Schädigung handelt.

Diskussion.

E. Urbantschitsch: Ich habe im Garnisonsspital Nr. 2 einen fast ganz analogen Fall beobachtet, wobei allerdings die Diagnose nicht ganz sicher war. Prof. Redlich meinte, daß der Fall am ehesten als multiple Sklerose aufzufassen sei. Für Lues bestand kein Anhaltspunkt. Auffallend ist das gleiche Symptomenbild in beiden Fällen.

VI. E. Fröschels: **Über die häufigsten Stadien des Stotterns.**

Der erste Fall zeigt ausschließlich Silbenwiederholungen, er sagt z. B. Lalalalampe. Das Stottern besteht seit 3 bis 4 Monaten. Das ist nach meiner Erfahrung das Anfangsstadium des als Stottern bezeichneten Übels, welches, wie zuerst Stern hervorhob, vielfache Krankheitsbilder umfaßt.

Der zweite Kranke stottert seit mehr als einem Jahre. Er zeigt noch Wiederholungen, die aber manchmal von Pressen abgelöst werden. Der Knabe sagt z. B. L—ampe. Gutzmann nennt dieses Symptom tonischen, das Silbenwiederholen klonischen Krampf, während ich der Ansicht bin, daß mit Willkürbewegungen verwandte Bewegungen vorliegen, weshalb ich sie nicht Krämpfe, sondern einfach Wiederholungen und Pressen nenne. Der Pat. zeigt auch Mitbewegungen im übrigen Körper, ein Symptom, das nicht dem Anfangsstadium angehört.

Ein dritter Fall zeigt die Symptome des zweiten, obwohl er erst seit 5 Monaten stottert; das erweckt den Verdacht auf sogenannte psychische Infektion, das heißt, daß er das Stottern an einer anderen Person wahrnahm. In der Tat bestätigt die Anamnese diese Vermutung; er ahmt die Sprachstörung eines Kameraden, freilich gegen seinen Willen, nach.

Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Fall 4 und 5 zeigen nur mehr ein Zögern zu Beginn des Redens und dann leichtes Pressen. Dieses „Kaschieren" des Stotterns ist ein Spätsymptom, welches sich bei intelligenten und zivilisierten Leuten findet, während weniger hochstehende viel länger, ja, manchmal immer bei den wilden Symptomen bleiben. Es wird also die Neurose, denn in diese Gruppe gehört wohl das ausgebildete Stottern, von der Psyche des Kranken beeinflußt, es kommt zu einer Durchdringung der Neurose durch den Charakter und umgekehrt, zu einer Amalgamierung. Ist es da ein Wunder, daß eine von einem — vorausgesetzt, daß überhaupt ein Kern der reinen Neurose übrig bleibt — psychisch imprägnierten Mantel umhüllte Neurose durch psychische Mittel (z. B. Hypnose) beeinflußt werden kann? Ja, wie anders sollte man diesen Mantel durchdringen können? Diese Beobachtungen lehren also, daß der Schluß von der psychischen Beeinflußbarkeit auf die primäre psychogene Entstehung, wie ihn Nonne zieht, nicht stichhältig sein muß.

Der letzte Stotterer gebraucht Flickwörter, die nicht zum Sinne der Rede gehören, wie ein ewiges „alsdann". Diese Flickwörter und ähnliche Flicklaute nennt man Embolophrasien. Sie sind ein Symptom, welches besonders spät auftritt, was differentialdiagnostisch, zumal bei Begutachtung von Militärfällen, wichtig ist.

Diskussion.

H. Stern: Ich möchte darauf hinweisen, daß ich schon vor Jahren betont habe, daß das Stottern auf in typischer Weise immer wiederkehrenden „Entgleisungen" der Sprache (in der Form von Wiederholungen) basiert. Erst weitere Untersuchungen werden beweisen können, ob die interessanten Ausführungen Fröschels für alle Fälle von Stottern Gültigkeit haben. Die vom Vortragenden erwähnten Embolophrasien entbehren zuweilen nicht des Humors. So berichtet u. a. J. Frank in seinem Werke „De vitiis vocis et loquelae" von einem seiner Schüler, der stets die Worte „hedera" und „federa" eingemischt habe. Als ihn nun Frank bei der Morgenvisite nach dem Befinden eines Pat. gefragt hat, erhielt er die Antwort: „Der Pat. hat gut geschlafen, hedera, zweimal Stuhlgang gehabt, federa."

Fröschels: Herrn Kollegen Stern kann ich darin zustimmen, daß es sich noch nicht völlig entscheiden läßt, ob meine oder die Gutzmannsche Hypothese zu Recht besteht. Immerhin scheint es, daß es mir im Laufe der Jahre gelungen ist, manche Lücke zwischen Wahrnehmbarem und meiner Deutung auszufüllen, so daß ich hoffe, einmal einen unumstößlichen Beweis für die Richtigkeit meiner Ansicht erbringen zu können. Jedenfalls bin ich in angenehmer Übereinstimmung mit Herrn Stern. Es sind 2 Versuche zur Erklärung des Stotterns vorhanden und jeder hat etwas für und etwas gegen sich.

VII. S. Toch: **Meningitis cerebrospinalis epidemica, einseitige Labyrinthaffektion 6 Monate nach Beginn der Erkrankung.**

Der 35jährige Pat. erkrankte am 17. XI. v. J. unter Fieber, Nackensteifigkeit und Kopfschmerzen und wurde am 23. XI. in das Rudolfsspital

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufgenommen. Es bestanden außer den angeführten Symptomen Herpes nasalis et labialis, positiver Kernig und Verengerung der linken Lidspalte. Die sofort vorgenommene Lumbalpunktion ergab eine unter hohem Druck stehende eitrig getrübte Lumbalflüssigkeit, in deren Sediment zahlreiche polynukleäre Leukocyten und intrazelluläre gram negative Diplokokken nachweisbar waren. Im Urin war Eiweiß und Zucker positiv. Pat. war somnolent und entfieberte nach 6 Tagen, innerhalb welcher er drei intralumbale Injektionen von je 10 cm^3 Meningokokkenserum erhielt, doch blieb auch noch weiterhin eine gewisse Demenz und eine Incontinentia alvi et urinae bestehen. Der Kranke blieb in spitalsärztlicher Behandlung bis 8. IV. d. J., an welchem Tage er als geheilt entlassen wurde. Vor einigen Tagen erschien der Mann im Ambulatorium des Rudolfsspitals mit der Angabe, daß er kurze Zeit nach seiner Entlassung aus dem Spital ein hohes kontinuierliches Klingen im linken Ohr vernehme und die vorgehaltene Uhr, die er früher stets gut hörte, jetzt nicht mehr höre; auch störe ihn eine gewisse Unsicherheit beim Gehen. Die Untersuchung ergibt nun tatsächlich eine hochgradige Herabsetzung der Hörschärfe auf der angegebenen Seite (Pat. hört nur laute Konv.-Spr. vor der Ohrmuschel) sowie eine träge Reaktion des Labyrinths bei kalorischer und Drehreizung. Der Stimmgabelbefund spricht für eine Affektion des schallperzipierenden Organs. Es unterliegt keinem Zweifel, daß diese Innenohraffektion mit der überstandenen Meningitis in ursächlichem Zusammenhang steht, zumal gerade bei dieser Krankheit Ohrkomplikationen häufig auftreten. Alt hat eine Reihe von 50 Meningitisfällen diesbezüglich untersucht und gefunden, daß von diesen Fällen, von denen 9 infolge der bestehenden Bewußtlosigkeit eine genaue Funktionsprüfung nicht ermöglichten, gegen 30% eine beiderseitige Ertaubung aufwiesen. Analoge Zahlen wurden auch von anderen Autoren angegeben. Allerdings scheinen beim epidemischen Auftreten der Meningitis die Ohrkomplikationen von der Art der Infektionen abhängig zu sein, da, während Mende unter 104 Fällen nur zweimal Ertaubung beobachten konnte, Moos unter 58 Fällen nur einmal ein intaktes Hörvermögen vorfand. Während also die Angaben der einzelnen Autoren über die Häufigkeit der meningitischen Ohrkomplikationen weit auseinandergehen, wird von allen Seiten darauf hingewiesen, daß einseitige Erkrankungen nur sehr selten zur Beobachtung gelangen (Neumann, Jakobsohn, Schwabach, Moos). Ebenso selten ist das späte Auftreten der Labyrinthaffektion, da im allgemeinen letztere ein Frühsymptom der Meningitis darstellt und fast stets in der 1. und 2. Krankheitswoche auftritt. Von den angeführten Fällen von Alt wurde bei 5 bereits am Tage der Aufnahme die Ohrkomplikation festgestellt, während sich die späteste am 21. Tag einstellte. Knapp teilt einen Fall mit, bei dem erst nach 6 Monaten das Gehör erlosch, Mygind beobachtete Ertaubung ein Jahr nach Heilung der Meningitis. Es ist eine bekannte Tatsache, daß oft schwere Fälle von Meningitis nicht die geringste Hörstörung aufweisen, während bei sogenannten Abortivfällen oft komplette unheilbare Taubheit eintritt.

Einen interessanten, hierher gehörigen Fall habe ich im Felde zu beobachten und begutachten Gelegenheit gehabt.

Beiderseitige Ertaubung mit vollständiger vestibularer Ausschaltung nach einer als Rauschzu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stand imponierenden abortiven Meningitis epidemica. Der 20jährige Trainkutscher, der bis zu seiner Einrückung normal hörte, war nach einem Rückzuge, den er mit seiner Formation mitmachte, auf beiden Ohren komplett ertaubt und ausgeschaltet. Da Pat. keinen starken Schallwirkungen oder Erschütterungen ausgesetzt war und keine Anhaltspunkte für Lues, Blut- oder sonstige Erkrankung zu finden waren, war die Genese der Ertaubung anfangs unklar und erst die Angaben der engeren Kollegen des Untersuchten geeignet, Aufklärung über den Fall zu bringen. Es wurde nämlich auf eindringliches Befragen von den Genannten angegeben, daß der Pat. während des Rückzuges durch 2 Tage hindurch in einen derartigen Schlaf verfallen war, daß er trotz allen Anrufens und Rüttelns nicht dazu zu bewegen war, seinen Wagen zu verlassen. Nachher war er noch durch einige Tage etwas verwirrt und taumelte wie ein Betrunkener. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß dieser vermeintliche Rauschzustand eine abortive Form von Meningitis epidemica war und diese die komplette Ertaubung verursachte, eine Erkenntnis, die für das weitere Schicksal und die Versorgung des Pat. von einschneidender Bedeutung war.

VIII. Ruttin: **Zur Behandlung des Othämatoms.**

Ich habe Ihnen bereits vor etwa 3 Jahren über eine ganz einfache Methode der Behandlung der Perichondritis und des Othämatoms berichtet, bei der das kosmetische Resultat sehr gut ist. Die Methode besteht darin, daß ich konsequent durch lange Zeit täglich oder jeden 2. Tag die Geschwulst punktiere und mit der Pravazspritze ganz entleere und dann einen nicht zu festen Druckverband anlege. Das Wichtige ist, diese Behandlung konsequent fortzusetzen und nicht die Geduld zu verlieren. Ich will mich hier nicht kritisch mit den zahlreichen anderen angegebenen Methoden beschäftigen. Erst letzthin wurde von Cemach die Quarzlampe empfohlen. Meine Methode hat jedenfalls den Vorteil großer Einfachheit und das Resultat ist, wie Sie sehen werden, sehr gut.

E. P. kam am 16. IV. 1919 an die Klinik. Er hatte auf ihm unbekannte Weise ein Othämatom akquiriert, das den oberen Teil der Fossa scaphoidea einnahm. Es wurde nun von mir 18mal punktiert und entleert, und zwar die erste Zeit täglich, später jeden zweiten Tag. Am 22. V. 1919 konnte ich ihn nun geheilt ohne Deformation mit einer leichten, kaum sichtbaren Verdickung unter dem vorderen Helixrand entlassen. (Demonstration.)

Diskussion.

B. Gomperz: In welchen Intervallen wurde punktiert?

Ruttin: Anfangs täglich und dann jeden 2. Tag.

H. Frey: Wie lange hat die Behandlung gedauert?

Ruttin: Ungefähr 3 Wochen.

Gomperz: In einem kürzlich behandelten Falle hat sich das Hämatom nach jeder Punktion wieder gefüllt; ich habe daher inzidiert und damit in ganz kurzer Zeit Heilung erzielt.

IX. Ruttin: **Geheiltes Haemangioma cavernosum der Trommelhöhle.**

Den Pat. E. habe ich Ihnen bereits vor 2 Jahren vorgestellt. Es handelte sich um ein Haemangioma cavernosum der Trommelhöhle des rechten Ohres bei gleichzeitiger Taubheit, Unerregbarkeit des Labyrinths

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Facialparalyse dieser Seite. Ich habe damals die Radikaloperation vorgenommen und die Tumormassen entfernt. Nach kurzer Nachbehandlung blieb er aus. Jetzt ist er nun wieder gekommen. Sie sehen, daß die Radikaloperationshöhle zwar noch nicht ganz und nicht ideal geheilt ist — ein Umstand, der wohl auf das Ausbleiben aus der Nachbehandlung zurückzuführen ist —, daß aber vom Haemangioma cavernosum keine Spur mehr vorhanden ist. Der Labyrinthbefund und die Facialparalyse haben sich nicht wesentlich geändert. Die Labyrinth- und Facialiserkrankung ist daher wohl eine sekundäre, nicht unmittelbar durch den Tumor bedingte gewesen, denn wenn der Tumor in das Labyrinth hineingewachsen wäre, wäre er wohl in der Trommelhöhle nicht ausgeheilt.

X. Ruttin: **Otitis externa mit Subperiostalabsceß und oberflächlicher Arrosion des Warzenfortsatzes.**

J. Th., 8 Jahre, wurde am 1. IV. 1919 auf die Klinik Neumann gebracht mit der Angabe, daß sie im rechten Ohre seit 3 Wochen Schmerzen und Ohrenfluß habe. Seit 3 Tagen sei eine Schwellung hinter dem rechten Ohre aufgetreten. Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Gleichgewichtsstörungen bestanden nicht.

Bei der Aufnahme fand ich nun das rechte Trommelfell normal, kein Ohrenfluß, leichte Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand, eine haselnußgroße, gerötete, fluktuierende Geschwulst hinter dem Ohre, und zwar hinten oben, etwa entsprechend der Antrumhöhe. Funktion des Ohres normal. Linkes Ohr normal. Da die Mutter angab, daß das Ohr auch jetzt noch fließe, so schien mir die ganze Angabe der Mutter über den Ohrenfluß nicht verläßlich und ich nahm an, daß es sich nur um einen retroaurikulären Absceß nach Otitis externa handle. Ich inzidierte den retroaurikulären Absceß, entleerte dicken, grüngelben, nicht fötiden Eiter in der Menge von ½ Kaffeelöffel, fand aber beim Auseinanderhalten der Wundränder, daß der Knochen des Warzenfortsatzes etwa in der Höhe des Antrums oberflächlich arrodiert war. Daher hatte ich doch nicht den Mut, von der Eröffnung des Warzenfortsatzes abzustehen, um so mehr vorauszusehen war, daß sich die Eltern schwer zu einem zweiten operativen Eingriff entschließen würden. Ich machte nun die regelrechte Eröffnung des Warzenfortsatzes mit Eröffnung des Antrum, fand aber die Warzenfortsatzzellen vollständig gesund. Der Wundverlauf war glatt. Der Fall ist ganz geheilt. Es hat sich somit um eine Otitis externa gehandelt, welche zu einem Periostalabsceß mit oberflächlicher Arrosion des Knochens führte. V. Urbantschitsch hat einen ähnlichen Fall vorgestellt.

Diskussion.

H. Frey: Ich habe einen ähnlichen Fall bei einem Erwachsenen gesehen: Schmerzen seit kurzer Zeit, deutlich fluktuierender Tumor. Operation in Lokalanästhesie. Es bestand ein mäßig großer Absceß, der Knochen war gegen die hintere Wand zu arrodiert. Ich kam mit dem Löffel in eine etwa erbsengroße Höhle. Weiterhin war der Knochen ganz normal und ich habe daher — gegen mein Prinzip — das Antrum nicht aufgemacht.

XI. Ruttin: **Gaumensegelparese, nach Ausstoßung eines Cholesteatoms verschwindend.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

G. A., 7 Jahre, wurde am 4. IV. 1919 von seinem Arzt wegen näselnder Sprache zu mir geschickt. Es wurde gleichzeitig angegeben, daß sein linkes Ohr schon seit dem 3. Lebensjahr zeitweilig, besonders nach Schnupfen, fließe. Die näselnde Sprache habe er erst seit 14 Tagen.

Bei der Untersuchung fand ich nun: Die linke Gaumensegelhälfte bleibt deutlich und ziemlich stark zurück. Im Nasenrachenraum vergrößerte Adenoide, die etwa die Hälfte der Choane verdecken.

Im linken Ohre: Narbe in der hinteren Trommelfellhälfte, trockene Perforation der Shrapnellschen Membran. Hörweite 4 *m* für Konv.-Spr. Weber links, Rinne negativ, Schwabach verlängert, C_1 verkürzt, c^4 gut. Rechtes Ohr normal.

Ich hatte nun Gelegenheit, den Pat., der aus der Nähe Wiens ist, 2—3mal wöchentlich zu sehen. In der ersten Woche blieb der Befund ziemlich unverändert. In der zweiten Woche kam es zur Ausstoßung reichlicher Cholesteatommassen, gleichzeitig besserte sich die Sprache und am Ende der zweiten Woche war die Gaumensegelparese geschwunden, die Sprache gut. Cholesteatom stieß sich nicht mehr aus, aber es trat nun eine reichliche Eiterung auf. Nach etwa einer weiteren Woche bildete sich ein Polyp aus dem Attik aus, den ich entfernte. Die Eiterung blieb aber weiter bestehen und es trat jetzt eine Senkung der hinteren Gehörgangswand und Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes auf, so daß ich den Pat. in die Klinik aufnahm und am 12. V. 1919 operierte. Der funktionelle Befund hatte sich nicht geändert bis auf eine Verschlechterung der Hörweite auf 2 *m* für Konv.-Spr. Die kalorische Reaktion war prompt, vestibuläre Symptome bestanden nicht.

Bei der Operation (am 12. V.) fand ich im Warzenfortsatz freien Eiter, im Antrum nur wenig Cholesteatommassen, aber die fast intakte Matrix. Der Knochen des Warzenfortsatzes ist erweicht und an einer Stelle bis an den Sinus erkrankt, der auf etwa Bohnengröße freigelegt wird und leicht graurötlich verfärbt ist. Konservative Radikaloperation nach Bondy. Um den Bogengang herum tiefe Zellen mit Cholesteatom, die ausgekratzt werden. Plastik. Klammerverschluß.

Nach der Operation am 13. V. Temperaturanstieg auf 39,0°, am 14. V. 38,5°. Öffnung des retroaurikulären Schlusses. Reichliche eitrige Sekretion. Bis zum 19. V. noch Temperaturen bis 38,8°, dann vollständige Entfieberung und seither Wohlbefinden mit normalem Wundverlauf.

Man muß wohl annehmen, daß die Gaumensegelparese mit dem Cholesteatom in einem ursächlichen Zusammenhang steht. Man könnte sich vorstellen, daß das Cholesteatom, das ja im Attik-Antrum saß, den Nervus petrosus superficialis major bei seinem Abgang aus dem Ganglion geniculi freigelegt und gedrückt hat. Da ja der Nervus petrosus superficialis major motorische Fasern führt, die durch die Nervi pterygoidei in das Gaumensegel kommen, so wäre auf diese Weise die Parese des Gaumensegels erklärlich. Daß sich nun mit der Ausstoßung des Cholesteatoms die Sprache besserte und in kurzer Zeit die Gaumensegelparese verschwand, spricht auch für diese Auffassung. Ich weiß wohl, daß auch Adenoide manchmal beschuldigt werden, eine näselnde Sprache zu bedingen, aber diese Ursache kann ich wohl ausschalten, da ich die Adenoiden absichtlich nicht entfernte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion.

H. Stern findet das Interessante der Demonstration in dem Umstande gelegen, daß die Sprache in gar so kurzer Frist ad integrum zurückkehrte. Viel häufiger kommt es vor, daß sich, wenn nicht bald eine sprachärztliche Therapie eingreift, eine sogenannte habituelle Sprachaffektion entwickelt.

Fröschels: Es handelt sich um die Frage „Läsion der Nerven- oder Muskelbahn". Ich kann es nicht entscheiden. Es wäre denkbar, daß das Cholesteatom die Eustachische Röhre beeinflußt hat und die Spanner und Heber nicht. Ist etwas Pathologisches in der Tuba Eustachii?

Ruttin: Nein. Der Weg zum Nerven ist aber wohl etwas näher.

XII. Gomperz: **Hyperkeratosis lacunaris.**

Ich möchte Ihnen an diesem 35jährigen Mann ein Krankheitsbild demonstrieren, das den Laryngologen seit langem wohl bekannt ist, uns Otologen aber ziemlich selten zur Beobachtung kommt. Der Pat. leidet an der von Fränkel sogenannten Pharyngomykosis leptothricea, auch Angina leptothricia genannt, von welcher Affektion Siebenmann nachgewiesen hat, daß sie diesen Namen zu Unrecht führt und zu den Keratosen der Schleimhäute zu zählen ist. Siebenmann bezeichnet sie als Hyperkeratosis lacunaris, denn das reichliche Vorkommen von Leptothrixfäden in den verhornten Schichten des Epithels rührt daher, daß dieser Pilz, der sich auch in der normalen Mundhöhle in großen Mengen vorfindet, am abgestorbenen Epithel sich ebenso massenhaft ansiedelt wie z. B. am Grunde der Carcinomgeschwüre. Heute ist es allgemein anerkannt, daß der Leptothrixpilz mit der Entstehung dieser Hyperkeratosen nichts zu tun hat.

Sie sehen nun bei diesem Manne in den Tonsillargruben, aber auch an den Seitensträngen die charakteristischen gelblichweißen Plaques, die aus den Lakunen wie Borsten und Stifte vorragenden, starren, hornartigen Gebilde, welche so fest an ihrer Unterlage haften, daß sie nur mit Gewalt herausgeholt werden können. Sie zeigen sich dann an der Abrißstelle pinselartig aufgefasert, sind von außergewöhnlicher Derbheit, so daß sie sich beim Kneten zwischen den Fingern absolut nicht platzdrücken, geschweige denn in kleinere Partikel zerteilen lassen; in ihrer Konsistenz erinnern sie an einen durch warmes Wasser erweichten Fingernagel. Zerzupft man mühsam ein solches Gebilde, so findet man verhornte Plattenepithelien. Detritus und meistens, aber nicht immer, Leptothrixfäden. Dieser Pat. hatte, als er vor 3 Monaten wegen eines Ohrleidens in meine Behandlung trat, neben der Hyperkeratose in beiden Tonsillen hanfkorn- bis erbsengroße Abscesse, die mit altem, stinkendem Eiter erfüllt waren. Bis jetzt scheint die Ausräumung derselben die Keratose wenig beeinflußt zu haben, es sind seitdem sogar die Plaques an den Seitensträngen neu hinzugetreten.

Bisher habe ich unter zirka 12.000 Privatpatienten, bei denen die Nase und der Rachen immer mituntersucht wurden, diese Erkrankung nur fünfmal beobachtet, sie ist also recht selten. Von diesen 5 Fällen gehörten 3 dem weiblichen, 2 dem männlichen Geschlecht an. Siebenmanns 6 Fälle waren alle am weiblichen Geschlecht beobachtet.

Meinen ersten Fall sah ich an einem 16jährigen Knaben, dem ich 6 Jahre vorher die Rachentonsille entfernt hatte; hier waren die Stifte in den Lakunen teilweise von Kalksalzen durchsetzt, ließen sich mit Haken-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sonden und kleinen scharfen Löffeln unschwer entfernen und kamen bis heute — es sind seitdem 15 Jahre verstrichen — nicht wieder.

Den zweiten Fall beobachtete ich an einer 59jährigen Dame, die ich vorher öfters untersucht hatte, im Anschluß an eine Angina lacunaris 2 Wochen nach der Entfieberung. Hier erfolgte keine Behandlung, aber 2 Jahre später fand ich die Affektion spurlos verschwunden.

Vom dritten Fall, einer 30jährigen Dame, stammt das Präparat, das ich Ihnen unter dem Mikroskop eingestellt habe, sowie diese sehr gut gelungene Abbildung, an welcher Sie sehen, daß der Schnitt durch eine Tonsillarlakune und ihren verhornten Inhalt ging.

Was am Präparat und der zirkulierenden Abbildung vor allem in die Augen fällt, ist die Verdickung des Epithels, welche der Oberfläche stellenweise einen epidermisartigen Charakter verleiht. Die Epithelschichte ist stellenweise bis 0,5 *mm* dick und besteht aus einem geschichteten Plattenepithel, welches sich dem zu Papillen ausgewachsenen Stroma der Mandeln anschmiegt wie ein echtes Rete Malpighi. Die tiefsten Zellschichten haben zylindrische Form, dort zeigt sich auch lebhafte Kernteilung, in der Mitte sieht man mehrere Lagen schön polygonaler Zellen; nach oben platten sie sich ab und gehen in eine homogen erscheinende Schichte über, von welcher sich verhornte Partien durch ihre markante Färbung und ihre Abblätterung und Auffaserung differenzieren. Diese Differenzierung kommt besonders schön an den nach van Gieson gefärbten Schnitten zur Erscheinung, wo sich von den rot und blau gefärbten lebenden Zellschichten die Hornschichten durch ihre lebhaft orangegelbe Färbung unterscheiden. Dort, wo der Schnitt Krypten getroffen hat, sind die verhornten Schichten in größerer Masse, die Pröpfe bildend und mit der Unterlage größtenteils innig zusammenhängend, zu sehen; an anderen Stellen haften sie den Wandungen der Lakunen nur mehr locker an.

In diesem Fall war die Pat. durch die nicht wegzubringenden Auflagerungen, welche sie täglich mehrmals im Spiegel besichtigte, sehr irritiert und forderte die Entfernung. Ich nahm hier die ganze äußere Schale der Tonsillen mit der schneidenden Zange fort und erzielte in einigen Wochen vollständige Heilung.

Auch bei meinem vierten Fall, einem 20jährigen Mädchen, ging ich operativ vor. Hier staken die hornartigen Zapfen in Granulis an der hinteren Rachenwand und in der Oberfläche der Tonsilla pharyngea, die ich 1914 entfernte. 4 Monate später konnte ich die Heilung kontrollieren, 1919, nach weiteren 5 Jahren, konstatierte ich, daß keine Verhornung mehr besteht. Der heute demonstrierte Fall ist mein letzter und hartnäckigster Fall.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß wir es bei diesen Verhornungsprozessen in den Lakunen der Mandeln mit ähnlichen Entzündungsformen zu tun haben, wie sie Virchow in seinen Arbeiten über die Pachydermia laryngis beschrieben hat und welche sich von den chronischen Katarrhen sehr wesentlich dadurch unterscheiden, daß sie nicht nur mit der Bildung einer größeren Quantität von Plattenepithel einhergehen, sondern auch dadurch, daß das Epithel, je länger die Störung andauert, immer mehr einen epidermidalen Charakter annimmt. Das Epithel ordnet sich mehrschichtig an, während aus den bindegewebigen Schichten Papillen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

emporwachsen. Virchow hebt hervor, daß sich diese Veränderungen nur dort finden, wo de norma kein Zylinderepithel, sondern geschichtetes Plattenepithel vorkommt. Diese Stellen nannte Virchow Dermoid und glaubte, daß es sich da um Abkömmlinge der äußeren Haut handeln müsse. Später ist der von Virchow für den Larynx beschriebene Befund auch für die Nase, die Vagina und Urethra festgestellt worden; da jedoch das Hornblatt des Ektoderms nicht nur die Epidermis, sondern auch Gewebe von unzweifelhaftem Schleimhautcharakter, wie die Auskleidung der Nasen- und Mundhöhle, liefert (Kölliker), und nach den Untersuchungen von Robin et Cadiat die Ektodermgrenze bis an die Cardia reicht, hat die „epidermidale" Umwandlung von Stellen der Rachenschleimhaut sicher nichts Überraschendes an sich.

Posner hat sogar nachgewiesen, daß nicht nur zylindroepitheliale Schleimhäute ektodermalen Ursprungs, sondern auch Gewebe zweifellos ento- bzw. mesodermaler Herkunft in gleicher Weise zur Hornproduktion geeignet sind und daß die Lehre von der Spezifizität der Keimblätter kein ausnahmslos gültiges biologisches Grundprinzip darstellt.

Für den Begriff „epidermidal" fordert Posner, daß man ihn nur dort anwende, wo in der Tat eine völlige Übereinstimmung mit dem Bau der Epidermis vorliegt, also nicht nur ein dickes geschichtetes Plattenepithel mit oberflächlichen kernlosen Zellen, sondern auch eine typische Zweiteilung in ein tief gelegenes Rete und ein darüber gelegenes Stratum corneum. Absolute Verhornung brauche man in Anbetracht der in diesen Gebilden stets vorhandenen Feuchtigkeit nicht zu fordern, aber das Vorkommen von Keratohyalin oder eines Stratum lucidum zwischen Rete und Stratum corneum. Die Durchsicht meiner Präparate zeigt, daß bei ihnen die Forderungen Posners erfüllt sind.

Fragen wir uns nun nach dem Entstehungsmodus der von mir beobachteten Fälle, so liegt als veranlassendes Moment in einem Falle eine akute Entzündung vor, während eine solche in den anderen Fällen wohl vorausgegangen sein mag, jedoch nicht direkt beobachtet wurde.

Jedenfalls haben entzündliche Veränderungen im Stroma des Mandelgewebes selbst den fermentativen Reiz auf die Epithellage verursacht, durch welchen dieselbe zu ihrer Mächtigkeit auswuchs; keinesfalls waren aber diese Veränderungen des Stroma tiefgreifende, da sich ja der ganze Prozeß spontan zurückbilden kann und in der Mehrzahl meiner Fälle nach einem relativ wenig eingreifenden operativen Vorgehen oder spontan spurlos zur Norm zurückkehrte.

Diskussion.

J. Fein: Es gibt kaum eine andere Ätiologie für eine derartige Hyperkeratose des tonsillaren Gewebes als den Leptothrixpilz. Auch in dem vorgezeigten Fall dürfte er zu finden sein. Er siedelt sich überall dort an, wo sich adenoides Gewebe befindet, demnach auch sehr häufig an der Pharynxhinterwand und an den Seitensträngen. Da alle angewendeten Mittel chemischer und mechanischer Natur eher eine Ausbreitung und Vermehrung des Pilzes zur Folge haben, wird von den meisten Fachärzten jede Behandlung vermieden. Nach einiger Zeit heilte der Prozeß spontan.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

E. Urbantschitsch: In den meisten Fällen, die ich beobachtet habe, habe ich hyperkeratotische Stacheln auch an der hinteren Rachenwand gefunden. Auch ich huldige jetzt dem Prinzip, bei dieser Erkrankung therapeutisch nichts zu unternehmen, da sie nach Monaten von selbst ausheilen, ungefährlich sind, dem Pat. keine allzu großen Beschwerden machen und meist jeder Behandlung trotzen; ja, es hat fast den Anschein, als ob eine energischere Therapie zuweilen eher eine Verschlechterung zur Folge hat. In einem Falle machte es mir den Eindruck, als ob Methylenblausilber (Argochrom) von günstiger Wirkung gewesen ist.

XIII. E. Schlander: **Lues hereditaria, Ausschaltung beider Vestibularapparate, Schwerhörigkeit beiderseits, günstiger Einfluß von Tuberkulininjektionen.**

Der 19jährige Kellner A. E. stand vor zirka 7 Jahren wegen beiderseitiger Hornhautentzündung in Spitalsbehandlung der Klinik Fuchs, machte damals eine Schmierkur durch. Seit ungefähr einem Jahr schwerhörig auf beiden Ohren; die Schwerhörigkeit nimmt in letzter Zeit merklich zu. Eltern und zwei Geschwister alle angeblich gesund.

Befund: Trommelfelle beiderseits annähernd normal. Rechts hört Pat. Konv.-Spr. (mit Lärmapparat) auf 15 *cm* Entfernung, Fl.-Spr. = 0. Links: Konv.-Spr. (mit Lärmapparat) = 2 *m*, Fl.-Spr. = $^3/_4$ *m*. W nach links (auf das bessere Ohr), R beiderseits +, Kopfknochenleitung beiderseits hochgradig verkürzt. Kein Spontannystagmus; vollständige Unerregbarkeit beider Vestibularapparate für alle Reize. Wassermann negativ.

Beim Pat. wurde eine Tuberkulinkur durchgeführt, und zwar bekam er in der Zeit vom 25. IV. bis 30. V. 11 Tuberkulininjektionen in steigender Dosis von 1—10 *mg* A. T. K.

Schon nach den ersten 3 Injektionen gab Pat. an, daß er besser höre, daß das Sausen aufgehört habe. Die Hörprüfung ergab eine Gehörbesserung am linken Ohr; Konv.-Spr. = 3 *m*. Die Besserung schreitet weiter fort, am 25. V. hört Pat. Konv.-Spr. am linken Ohr auf 5 *m* Entfernung. Der Befund des rechten Cochlearis und beider Vestibularapparate bleibt unverändert.

Ich stelle den Mann vor wegen der deutlichen Gehörbesserung durch Tuberkulinbehandlung und weiters, weil der Fall in die Reihe jener Fälle zu gehören scheint, die zu zeigen geeignet sind, daß bei Lues sehr häufig der widerstandsfähigere Vestibularis und nicht der im allgemeinen empfindlichere Cochlearis getroffen wird.

XIV. S. Gatscher: **Linksseitiger Acusticustumor.**

Die 52jährige Pat. J. N. wurde der Klinik mit der Vermutungsdiagnose Tumor zur Untersuchung der Octavussphäre überwiesen.

Familien- und weiter zurückliegende persönliche Anamnese belanglos. Keine Lues vorangehend. Vor 3 Jahren Beginn der Symptome in Form von Parästhesie der linken Gesichtshälfte, seit 2 Jahren daneben Ohrensausen und Schwindelgefühl bei raschen Bewegungen; seit $^1/_2$ Jahr Abnahme des Visus.

Gegenwärtig besteht folgender Befund: Beiderseits Papillitis nervi optici (links mehr als rechts), Hyp- und Parästhesie im linken Trigeminus, linkes Facialisgebiet unterminiert. Linker Acusticus cochlear und vestibular

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ausgeschaltet. Die Zunge weicht beim Vorstrecken leicht nach links ab. Röntgenbefund negativ. Sonst neurologischer Status (Stamm und Extremitäten) negativ. Rechts gutes Gehör, normale (nicht gesteigerte) vestibuläre Erregbarkeit.

Die Symptome lassen sich zum Bilde eines linksseitigen Acusticustumors zusammenfassen. Ich erlaube mir, die Pat. weniger zur Kasuistik dieser Tumoren vorzustellen, sondern deshalb, um für den Vergleich mit dem Befunde bei der geplanten Operation eine Basis zu schaffen, die auch für die Kontrolle später auftretender Symptome benützt werden könnte.

XV. O. Beck: **Tumor mixtus malignus der Parotis, die Pyramide durchwuchernd, gegen das Schädelinnere wachsend.**

Bevor ich mir erlaube, das Präparat zu demonstrieren, möchte ich kurz die Krankengeschichte wiedergeben, da auch der Verlauf der Erkrankung manche interessante Erscheinungen bietet.

Die 24jährige Pat. wurde anfangs Januar 1919 in das Spital aufgenommen. Vor 3 Jahren hatte sie Lungenspitzenkatarrh, vor einem Jahr Diphtherie durchgemacht; sonst war sie immer gesund. Das Leiden, weswegen sie das Spital aufsuchte, begann vor 3 Monaten mit Schmerzen im linken Ohr und einer leichten Schwellung vor und unter dem Ohr. Vor 5 Wochen trat eine Schwellung, und zwar vor dem linken Ohr auf. Zwei Wochen vor der Spitalsaufnahme wurde die Geschwulst auf einer chirurgischen Abteilung inzidiert, da sie offenbar für einen Abceß gehalten wurde, und am 2. I. wurde die Kranke auf dieselbe Abteilung aufgenommen, da die Geschwulst an Größe zunahm.

Bei der Aufnahme ins Spital bestand starke Schwellung der ganzen linken Gesichtshälfte, besonders in der Parotisgegend, mit starker Abhebung des Ohrläppchens. Kein Druckschmerz oder spontaner Schmerz am Warzenfortsatz. Linksseitige Facialparese in allen drei Ästen.

Ohrbefund (Beck): Der linke äußere Gehörgang erscheint verengt durch Vorwölbung der unteren Wand. Die Inspektion des Trommelfells ist nur bei Einführung eines engen Spekulums möglich. Es erscheint normal.

Gehör links normal, kein spontaner Nystagmus, keine Gleichgewichtsstörungen. Die Labyrinthreaktionen sind beiderseits normal.

9. I. Incisionen in den Tumor parallel zum Facialis. Es entleert sich kein Sekret.

19. I. Incision am Hals. Aus der Tiefe entleeren sich mit wenig Eiter nekrotische Fetzen.

30. I. Die Schwellung im Gesicht wird ständig größer, das Ödem reicht vorn bis zum Jochfortsatz und umfaßt das obere und untere Lid des linken Auges, so daß dieses nicht geöffnet werden kann.

Am Warzenfortsatz bis zum oberen Rand der Ohrmuschel und nach rückwärts gegen das Hinterhaupt zu starkes Ödem. Der Tumor an der seitlichen Halsgegend ist sehr derb. Die Wundränder zeigen schmutzig-nekrotische Beläge.

15. II. Der Tumor der linken Gesichtshälfte zeigt Tendenz zum Fortschreiten. Er läßt sich bis zum Orbitalrand tasten, ebenso rückwärts am Warzenfortsatz.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Histologischer Befund vom 9. II.: Bösartige Mischgeschwulst der Parotis (Fibro-Chondro-Sarkom). — Ohrbefund: Der äußere Gehörgang ist vollkommen verschlossen. Konv.-Spr. 2 *m*, Fl.-Spr. 1 *m*. Weber nach links. Kein spontaner Nystagmus, keine Gleichgewichtsstörungen.

5. III. Der Tumor im äußeren Gehörgang ist nahe der Ohröffnung am Übergang der unteren in die vordere Gehörgangswand exulceriert; durch diese Fistel kann man mit einer Sonde in den Parotistumor gelangen.

10. III. Der Tumor hinter dem Ohr zeigt exulzerierende Gangrän.

25. III. Gangrän im äußeren Gehörgang. Mit der mit Watte armierten Sonde lassen sich stinkende Tumormassen entfernen. Gehör Konv.-Spr. $^1/_2$ *m*, Fl.-Spr. ad concham im Sinne eines Schalleitungshindernisses. Der Zerfall des Tumors am Warzenfortsatz nimmt zu.

25. IV. Pat. klagt über starke Schluckbeschwerden und kann nur flüssige Nahrung zu sich nehmen.

Links: Komplette Taubheit, Weber nach rechts lateralisiert, keine Schwindelerscheinungen, keine Klagen über Schwindel, kein spontaner Nystagmus, Zeigereaktion typisch. Labyrinthprüfung kann wegen des Schwächezustandes der Pat. nicht vorgenommen werden.

10. IV. Schwere Atemnot, Cyanose, allgemeine Schwäche, Exitus.

Obduktionsbefund (Prof. Wiesner): Umfangreicher, bösartiger Tumor der linken Halsseite, auf die Wange, den Mundboden und die linke Supraclaviculargrube übergreifend. Exulceration der Haut über der stärksten Stelle des Tumors und jauchiger Zerfall der Tumormassen. Regionäres, lentikuläres Fortschreiten in der Haut und im Unterhautzellgewebe. Kompression und Einscheidung der linken Vena jugularis interna und anonyma mit Thrombose derselben. Hypostatische Pneumonie in beiden linken Unterlappen, Degeneration der Leber und Niere.

Das Schläfebein (Demonstration desselben) zeigt folgende Veränderungen: Der Warzenfortsatz ist von den Tumormassen vollständig substituiert, ebenso der äußere Gehörgang. Der Tumor hat den Labyrinthkern umwuchert. In der mittleren Schädelgrube sieht man die Gegend des Tegmen tympani et antri vorgewölbt, mit der Dura adhärent und an der Stelle des Tegmen hat der Tumor den Knochen und die Dura durchwuchert und ragt mit einem Zapfen hervor. Die hintere Pyramidenfläche ist von außen bis zirka 5 *mm* vor dem inneren Gehörgang leicht vorgewölbt und erweicht. Der Sinus erscheint thrombosiert. Ob es sich um eine Thrombose oder um den Tumor im Sinus handelt, kann makroskopisch nicht entschieden werden und die Details der Zerstörung durch den Tumor werden durch die histologische Untersuchung festgestellt werden.

In der letzten Sitzung hat Herr Kollege Leipen über das anatomische Präparat eines Carcinoms des Felsenbeines von einem Fall berichtet, bei dem ich die Radikaloperation ausgeführt habe und bei dem Herr Kollege Leipen die Nachbehandlung übernommen hat. Auch bei dieser Kranken war der Tumor derart in der seitlichen Halsgegend nach abwärts gewachsen, daß er die Vena jugularis und den Nervus vagus eingescheidet hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus den Sitzungen der polnischen ärztlichen Vereine im Jahre 1916 bis 1917.

Aus den Sitzungen des Krakauer ärztlichen Vereins.

Wachholz demonstriert 1. einen Fall von **Thrombosis der Hirnsinus und Blutung in die Ventrikel** als Folge einer eitrigen Mittelohrentzündung, 2. einen Fall von **Gehirnabsceß** mit tödlichem Ausgang nach Verwundung der Haut bei einem Sturz, 3. einen Fall von **eitriger Meningitis** infolge eines cariösen Zahnes und einer **Entzündung des Cavum Highmori.**

In der Diskussion beschreibt Radlinski einen von ihm beobachteten, symptomlos verlaufenen Fall eines Gehirnabscesses.

Wachholz erwähnt den Fall von Wilkox, betreffend einen 24 Jahre dauernden Fall von Gehirnabsceß.

Piltz stellt unter anderem einen Fall von über 1 Jahr dauernder **Taubheit bei einem Kretin** vor.

Piltz: **Kriegsneurosen und ihre Behandlung auf Grund eigener Beobachtungen** (mit Vorstellung von Kranken und einer kinematographischen Demonstration).

Piltz faßt seine Fälle in 4 Gruppen zusammen: 1. Neurasthenie, entstanden durch Übermüdung und Erschöpfung infolge übermäßiger Anstrengung des Nervensystems, 2. Hysteroneurasthenie, 3. Hysterohypochondrose und 4. Hysteria, entstehend meistens auf Grund physischer und psychischer Traumen, bei hereditärer Belastung und einer gewissen angeborenen physischen und psychischen Minderwertigkeit. Auf Grund solcher Zustände kommt es zu Kriegszeiten häufiger als im Frieden zu verschiedenen Reiz- oder Lähmungserscheinungen des Nervensystems, zu hysterischer Blindheit, Taubheit, Stummheit, Aphonie usw. Es sind das Symptome bereits vorher bestandener Hysterie. Als Ursachen werden von den Pat. angegeben: Granatexplosionen, Verkühlung u. dgl. Es sind dies jedoch nur auslösende Momente, während der eigentliche Weg, auf dem die hysterischen Symptome zustande kommen, ein rein psychologischer ist, nämlich durch pathologische Autosuggestion. Eine hervorragende Rolle bei der Entstehung der hysterischen Symptome spielt die psychische Infektion, manchmal die Fixierung eines oder mehrerer Symptome des sogenannten „neurotischen Symptomenkomplexes des Schreckens", der auf einer gesteigerten Empfindlichkeit der Sinnesorgane, auf einer Beschleunigung der Herzaktion, Unruhe usw. beruht. Bei gesunden Personen tritt dieser Symptomenkomplex bald zurück, während es bei Psychopathischen zur Fixation eines oder mehrerer Symptome auf dem Wege der pathologischen Autosuggestion kommt. Entsprechend behandelt gehen diese Erscheinungen schnell zurück, während sie bei unpassender Behandlung dauerhaft bleiben und sogar noch andere Symptome hinzutreten.

Die Behandlung dieser Zustände erfordert genaue Kenntnis der Anamnese und des gegenwärtigen Zustandes und hat zum Zweck 1. die Beseitigung der hysterischen Erscheinungen, 2. die Ausübung eines günstigen Einflusses auf die psychopathische Konstitution des Kranken. Die wichtigste therapeutische Methode ist die Psychotherapie bei weitgehender Individualisierung, eine geringere Bedeutung hat die Elektrotherapie, als eine gewisse Art von Suggestion. Die Wirkung der Behandlung läßt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

manchmal lange auf sich warten. Die günstigen Resultate bei manchen Kranken üben oft auf dem Wege psychischer Infektion einen vorteilhaften Einfluß auf andere Kranke aus. Wo gelinde Mittel versagen, muß man manchmal zu sehr unangenehmen Zuflucht nehmen (Isolierung, Transferierung auf eine Abteilung für unruhige Geisteskranke, starker faradischer Strom). Keine von den sehr vielen Behandlungsmethoden hat eine spezifische Wirkung, sie bilden nur ein Vehiculum für die psychische Einwirkung auf die Seele des Hysterikers in Form von Suggestion oder Autosuggestion. Um das erhaltene günstige Resultat dauerhaft zu machen, ist eine Nachbehandlung in Form einer passenden Beschäftigung der Kranken z. B. durch physische Arbeit u. dgl. notwendig. Viele solche Kranke werden wieder zu Hilfs- und selbst zu Frontdiensten tauglich, ein Teil derselben muß jedoch wegen psychopathischer Konstitution als zu keinem Militärdienst tauglich anerkannt werden.

Zum Schluß stellt der Vortragende 20 ausgeheilte Kranke vor und demonstriert ihren Zustand bei der Aufnahme in die Klinik mit Hilfe kinematographischer Aufnahmen.

Radlinski stellt vor: 1. einen Fall von **Autoplastik,** mit deren Hilfe er einen Defekt im Schädelknochen deckte, und zwar in der Weise, daß er zur Plastik nur die Hälfte der Knochendicke verwendete und die andere Hälfte an ihrem Platze beließ, 2. einen Fall von **Mundplastik** wegen einer Schußwunde des Gesichtes mit partieller Destruktion der Kiefer.

Majewski. Vortrag: **Über klinische Nystagmographie.**

Majewski unterscheidet folgende verschiedene Nystagmusformen: I. Physiologischer Ny. 1. Optischer Ny, welcher auftritt, wenn die Bewegungen der Augen einem sich rhythmisch bewegenden Bilde folgen, 2. vestibularer Ny, welcher auftritt, wenn die Augen auf einem Gegenstand ruhen, während mit dem Kopfe rhythmische Bewegungen ausgeführt werden. Hier wirkt regulierend der Vestibularapparat, dessen Reizung diese Art physiologischen Nystagmus hervorruft, 3. reflektorischer Ny, 4. Ermüdungs-Ny, 5. willkürlicher Ny (zweifelhaft).

II. Experimenteller Ny, experimentell durch Reizung des Labyrinths erzeugt: 1. rotatorischer, 2. kalorischer, 3. galvanischer, 4. Kompressions- resp. Aspirations-Ny.

III. Pathologischer Ny. 1. Ny bei Amblyopie, bei Herabsetzung der axialen Sehschärfe hervortretend, 2. vestibularer Ny bei pathologischen Veränderungen im Labyrinth, 3. lateraler Ny, dessen Bestehen durch Verdeckung eines Auges konstatiert werden kann, 4. symptomatischer Ny, bei verschiedenen Nervenkrankheiten auftretend (M. Basedowii, Sclerosis diss., M. Friedrich, Syringomyelie, Meningitis, Kleinhirnkrankheiten), 5. Bergmannsny, wahrscheinlich ein Ermüdungsnystagmus, 6. Ny intermittens, nur selten und als einziges Krankheitssymptom beobachtet und auf von Zeit zu Zeit auftretenden raschen, horizontalen Bewegungen der Augenbulbi beruhend. Majewski hat 4 solche Fälle beobachtet. In der Literatur ist nur noch ein solcher Fall beschrieben.

Im Jahre 1909 hat Buys einen auf pneumatischer Basis konstruierten Apparat zur Messung des Nystagmus angegeben, der neben Vorzügen auch Fehler hat und vor allem den, daß der die Augenbewegungen aufnehmende Apparat auf dem Augenlid ruht, somit die Augenbewegungen nur indirekt aufs Papier überträgt. Majewski hat einen Apparat angegeben, der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diesen Fehler vermeidet. Seine Methode beruht darauf, daß auf einem Film die Bewegungen photographiert werden, welche von einem Bajonettstäbchen ausgeführt werden, welches mit Hilfe einer verdünnte Luft enthaltenden Glasglocke nach der Anästhesierung direkt auf die Cornea aufgesetzt wird.

Demonstration dieses Apparates und jenes von Buys und die Anwendung derselben an Kranken und Vorstellung von Kranken mit verschiedenen Arten von Nystagmus.

Kader stellt einen Pat. vor, welcher seit der Kindheit an linksseitiger Ohreiterung leidend mit der Diagnose: **Otitis media chronica** an die chirurgische Klinik kam. Neben Ohrenfluß und Fieber fand sich Schwellung in der Regio mastoidea, Schmerzhaftigkeit am Nacken und an der linken Halsseite. Bei der Operation fand sich keine Veränderung in den Warzenzellen, die Schleimhaut des Mittelohres kaum geschwollen, mit einem leichten Eiterbelag. Beim weiteren Suchen fand man einen **intrakraniellen Abseeß** oberhalb des Sinus transversus über dem Warzenfortsatz. Entleerung und Tamponierung des Abscesses. Nach anfänglichem Wohlbefinden, 23 Tage nach der Operation Erbrechen und partielle Lähmung des rechten Oculomotorius mit monoculärer Diplopie rechts und binoculärer Diplopie, so daß Pat. die Gegenstände mit beiden Augen dreifach sah. Die rechtsseitige monoculäre Diplopie trat nach 4 Tagen zurück. Kader bezieht diesen Zustand eher auf eine an der Hirnbasis sich entwickelnde Meningitis als auf einen zweiten Abseeß, dennoch erachtet er es angezeigt, noch einmal zu operieren, um nach einem solchen zu fahnden (Pat. wurde am folgenden Tag operiert, ein zweiter Abseeß fand sich nicht). Nach 2 Tagen Exitus. Die Sektion ergab: Meningitis an der Gehirnbasis, Eiter in den Hirnkammern und Sinusthrombose.

Diskussion.

Majewski: Die ophthalmologische Untersuchung in diesem Falle ergab außer der Lähmung des rechten Oculomotorius monoculäre Diplopie auf dieser Seite. Durch die Kombination der monoculären mit der binoculären Diplopie durch das paralytische Schielen bedingt, entstand binoculäre Triplopie, so daß Pat. anstatt einem Finger 3, anstatt 5 Finger 15 usw. sah. Dieses Symptom trat gleichzeitig mit der Lähmung der Muskeln des rechten Auges auf. **Diplopia binocularis paralytica** ist eine gewöhnliche Erscheinung und leicht verständlich. Schwieriger ist dies bei der Diplopia monocularis. — Man unterscheidet 2 Arten von monoculärem Doppeltsehen. Die eine entsteht infolge optischer Veränderungen im Auge selbst (Astigmatismus, Cataracta incipiens, sphärische Aberration usw.), die andere ohne jede optische Ursache, wie in diesem Falle. Im ersten Falle entstehen von einem Gegenstand 2 Bilder auf der Netzhaut. Im zweiten Falle entsteht nur ein Bild und die doppelte Wahrnehmung ist schwer zu erklären. Die Neuropathologie kennt keine Analogie der Spaltung eines Reizes auf 2 gleichzeitige Eindrücke. Bei Hysterie kommt es wohl nicht selten zu monoculärer Diplopie und selbst Diplopie, aber eine überzeugende Erklärung dieser Erscheinung wurde bis jetzt nicht gegeben. Von okulistischer Seite wurde bis jetzt eine Erklärung der Genese des monoculären Doppeltsehens ohne optische Grundlage versucht. Nämlich im schielenden Auge entsteht eine neue Stelle auf der Netzhaut, welche der Macula lutea des gesunden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auges entspricht und mit der Zeit gewisse Eigenschaften der Macula lutea annimmt und so zum Ausgangspunkt eines neuen Projektionssystems der Netzhautbilder in diesem Auge wird. Wenn dann später dieses Auge aus irgend einem Grunde seine normale Stellung wieder annimmt, so nimmt auch die alte Macula lutea ihre Funktion wieder auf und so bestehen in diesem Auge 2 Projektionssysteme der Netzhautbilder. So erklärt es sich, daß ein einem Gegenstand entsprechendes Bild in 2 Projektionsfeldern, also doppelt gesehen wird. Diese einzige Hypothese kann jedoch aus verschiedenen Gründen zur Erklärung im vorliegenden Fall keine Anwendung finden. Deshalb bleibt dieser Fall ein schwer zu lösendes Rätsel.

Spira spricht: **Über Ohrenkrankheit und Militärdienst.**

Piltz stellt einen Fall **von hysterischer Taubheit** vor, welche bei einem 19jährigen Imbecillen nach einem Trauma aufgetreten war und 6 Jahre bestand. Der Pat. wurde in einer Sitzung mittels Psychotherapie (schwacher faradischer Strom) geheilt.

Aus den Sitzungen des ärztlichen Vereins des Lubliner Bezirkes.

Zebrowski stellt einen 16jährigen Knaben vor, bei dem er nach der Radikaloperation am Warzenfortsatz eine **Plastik nach einer eigenen Methode** vorgenommen hat. Zebrowski macht einen Schnitt 2—3 *cm* hinter der Ohrmuschel und löst die Haut samt der Ohrmuschel vom Knochen ab, worauf er die Warzenfortsatzoperation ausführt. 6—8 Tage nach der Operation macht er einen zweiten Schnitt unmittelbar hinter der Ohrmuschel und einen dritten Schnitt quer durch die Mitte der 2 früheren Schnitte. Die so erhaltenen 2 Hautlappen werden schräg eingenäht und mit ihnen die Wunde gedeckt. Der Vorteil dieser Methode besteht nach Zebrowski darin, daß der bloßgelegte Sinus durch eine dicke Hautschichte bedeckt wird, was bei anderen Plastikmethoden nicht berücksichtigt wird.

Diskussion.

Dobrucki bemerkt, daß die Plastik in dem vorgestellten Fall zu frühzeitig ausgeführt wurde. Die Methoden der Plastik können hier sehr mannigfaltig sein, da hinreichend Haut zur Verfügung steht.

Jasniski rät, in der Ordnung der Lappen eine Änderung einzuführen.

Zebrowski stellt einen Kranken mit **otogenem Hirnabsceß vor.** Nach Bloßlegung der Dura wurde eine Reihe von Punktionen ausgeführt, die keinen Eiter ergaben; erst bei einem Verbandwechsel trat Absceßeiter auf. Gegenwärtig schreitet die Heilung rasch vorwärts.

Diskussion.

Regozinski führt einen von ihm vor kurzem im Spital beobachteten Fall mit Hirnabsceß an, bei dem vor der beabsichtigten Operation ein plötzlicher Exitus letalis eintrat.

Jarnuszkiewicz bespricht einen Fall, der ebenfalls plötzlich letal endete ($1^1/_2$ Jahre nach einer im Streite mit einem Federmesser erhal-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tenen Kopfwunde). Pat. fühlte sich vollkommen wohl und starb plötzlich im Gefängnis. Die Obduktion ergab im Stirnlappen einen pomeranzengroßen Absceß und in diesem die einige Zentimter lange Schneide eines Federmessers. Diese Schneide hat also $1^1/_2$ Jahre im Gehirne gesteckt, ohne irgendwelche Störungen des Bewußtseins oder sonstige krankhafte Erscheinungen zu verursachen.

Zebrowski liest, an den vorgestellten Fall anknüpfend, eine längere Arbeit vor unter dem Titel: **Über Gehirnabscesse otogener Herkunft.**

Zebrowski demonstriert **anatomische Präparate des Schläfebeins** in 3 Durchschnitten.

Czarnecki bespricht einen Fall von **otogenem Hirnabsceß** bei einem 70jährigen Mann. Der Absceß befand sich im rechten Schläfelappen und gab durch längere Zeit gar keine Symptome. Erst kurz vor der Operation traten Erscheinungen einer Infektion (Schüttelfrost, Fieber) ohne deutliche Herdsymptome auf.

Bücherbesprechungen.

Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Festschrift für Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch von seinen Kollegen, Schülern und Freunden. Mit 11 Doppeltafeln und 86 teils farbigen Figuren. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien. 1919.

In ernster, schwerer Zeit ist dieses Werk entstanden, das einem der Altmeister der österreichischen Otologen bei seinem Scheiden aus dem Lehramte aus Nah und Fern herzliche Abschiedsworte bringen wollte. Fast jugendfrisch und jugendkräftig stieg Urbantschitsch am 30. September 1918 vom Katheder herab, von dem er durch Dezennien gelehrt hatte. Wie ein Anklang an die vielseitige und vielgestaltige Forscher- und Lehrtätigkeit dieses Mannes ist der Inhalt dieses Werkes. Denn wenn es sich „Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde" nennt, so enthält es in seinen 35 Arbeiten neben klinischen viele rein theoretischer Richtung, die erst indirekt Beziehungen zur Klinik gewinnen, sowie er selbst als Forscher klinisch und theoretisch hervortrat. Vor diesen Arbeiten sind als Einleitung die Reden abgedruckt, die bei der stillen Feier in seiner Klinik am 1. Oktober 1917 von Schülern, Fachgenossen und Freunden gehalten wurden. Unmöglich ist es, in der gedrängten und beengten Form einer üblichen Buchbesprechung die wissenschaftliche Huldigung, die in dem Werke zum Ausdruck kommt, in ihrer sachlichen und fachlichen Bedeutung zu erörtern.

Der Leserkreis der Monatsschrift sei also mit diesen Worten darauf vorbereitet, daß die einzelnen Arbeiten des Buches im Referatenteile der folgenden Hefte in den entsprechenden Gruppen zur Besprechung gelangen werden, immer unter Beziehung auf das Gesamtwerk.

Nicht vergessen sei es dem Verlage, daß er die Herausgabe des Werkes unter den schwierigen Verhältnissen in so würdiger Form möglich gemacht hat.

Gatscher.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „künstliche Höhensonne". Von Geh. San.-Rat Dr. Hugo Bach, Bad Elster. 5. Auflage. 126 Seiten mit 18 Abbildungen im Text. Verlag K. Kabitsch, Leipzig und Würzburg 1919.

Dr. Bach gebührt das Verdienst, als erster den Vorschlag, die Wirkung des Sonnenlichts in ungünstigen klimatischen Verhältnissen durch Vollbestrahlung mit Quecksilberdampflicht (Quarzlicht) zu ersetzen, gemacht und eine diesem Zwecke dienende große Quarzlampe, die sogenannte „künstliche Höhensonne" konstruiert zu haben. Wenn die Annahme Bachs, daß die Heilwirkung der natürlichen Sonne durch künstlich erzeugtes Ultraviolettlicht zu ersetzen sei, sich auch als allzu optimistisch erwies, so hat seine Methode dennoch unbestritten eine neue Ära in der Phototherapie eröffnet. Heutzutage ist kein modernes Krankenhaus mehr ohne seine „künstliche Höhensonne" denkbar. Der Erfolg des Bachschen Buches, das jährlich in neuer Auflage erscheint, ist ein äußeres Zeichen dieses großartigen Aufschwungs der Quarzlichttherapie.

Allmählich hat die Lichtbehandlung auch in die Otologie Eingang gefunden und verspricht hier festen Boden zu fassen. Für otologische Zwecke ist aber die „künstliche Höhensonne", die für Distanzbestrahlung größerer Objekte konstruiert wurde, wenig geeignet. Es haben sich hier kleinere, mit Wasserkühlung versehene Quarzbrenner, die nahe an das Ohr herangebracht werden und ihre Strahlen mittelst besonderer Quarzansätze auch in den Gehörgang hineinsenden können, besser bewährt. Nur für gewisse Mittelohrprozesse, die als lokale Manifestationen einer allgemeinen Körpererkrankung aufzufassen sind (tuberkulöse, skrofulöse etc. Otitiden), hat sich die Allgemeinbestrahlung mit der „künstlichen Höhensonne" vorteilhafter erwiesen als die rein örtliche Lichtbehandlung. Die Bestrahlung der Ohrmuschel kann allerdings auch mittelst einer „künstlichen Höhensonne" unter Abdeckung der Umgebung ausgeführt werden.

Der erste Teil des Buches enthält theoretische Vorbemerkungen und eine durch zahlreiche Abbildungen illustrierte Anleitung für den Gebrauch der „künstlichen Höhensonne". Im zweiten Teile werden die Indikationen der Quarzlichttherapie in der Form eines Sammelreferats über die von verschiedenen Beobachtern bisher erzielten Resultate besprochen. Den Abschluß bildet ein sehr vollständiges, alphabetisch geordnetes Literaturverzeichnis, das nahezu alle Erscheinungen der Quarzlichtliteratur bis 1918 umfaßt.

Cemach.

Referate.

I. Labyrinth und Hörnerv.

Über einen Befund von wahrer Spongiosierung der Labyrinthkapsel. Von K. Wittmaack. (Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke in Jena.) (Zschr. f. Ohrhlk. 77. H. 4. 1918.)

Verf. fand als Zufallsbefund in den Schläfenbeinen einer ohrgesunden, 89jährigen Frau eine ganz ungewöhnlich weite Ausdehnung der Knochen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spongiosa bis in die endochondral verknöcherte Labyrinthknochenschicht hinein. Der Schleimhautcharakter und der Pneumatisationszustand des Schläfenbeins zeigen sonst durchaus absolut normales Verhalten.

Ernst Urbantschitsch.

II. Otochirurgie.

Zur Frage der otogenen Pyämie durch Osteophlebitis. Von Dr. Konrad Stein, Chefarzt der Abteilung. (Aus der Ohrenabteilung des Garnisonsspitals Nr. 20 in Kassa [Kommandant: OStA. Dr. Robert Bartelt].) (Zschr. f Ohrhlk. 77. H. 4. 1918.)

Zur Illustration der Ansicht des Verf., daß Fälle von septischem resp. pyämischem Charakter bei normalem Sinus bei aller Seltenheit doch nicht zu ungewöhnlichen Vorkommnissen zu zählen sind, teilt Verf. vier Fälle eigener Beobachtung mit. Weiters berichtet derselbe über einen Fall, in dem sich bei einem Kranken, bei welchem sich eine akute Mastoiditis vollständig fieberlos entwickelt hatte, unmittelbar nach der Operation, die nur in einer Eröffnung des Warzenfortsatzes und in einer Ausräumung des erkrankten Knochens — ohne Freilegung des Sinus — bestand, das Bild der Pyämie entwickelte. — Verf. vertritt die Ansicht, daß in therapeutischer Hinsicht kein Unterschied bei beiden Formen otogener Pyämie besteht. Diese Ansicht teilt allerdings Ref. nicht. Er verficht vielmehr den Standpunkt, daß nur in jenen Fällen, in denen die Blutgerinnungszeit verkürzt ist, die Eröffnung des Sinus bzw. die Jugularisunterbindung angezeigt ist. In allen Fällen mit normaler oder verzögerter Blutgerinnung hält er die letztere Operation für kontraindiziert. Ernst Urbantschitsch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Abteilung für Sprach- und Stimmkrankheiten am Kaiser Franz Josef-Ambulatorium-Jubiläumsspital.

Die Indikationsstellung für rhinologische Operationen bei den Rhinolalien vom phoniatrischen Standpunkte. [1])

Von Dr. **Hugo Stern**, Vorstand obiger Abteilung.

(Mit 9 Figuren.)

I. Teil.

Bevor ich daran gehe, dieses für den Rhinologen interessante und, wie ich hinzufügen möchte, meiner Ansicht nach wichtige Thema zu besprechen, seien vorerst die Krankengeschichten dreier einschlägiger Fälle mitgeteilt, die mir geeignet scheinen, wenigstens die Hauptpunkte der gestellten Fragen richtig zu beleuchten und die aus denselben resultierenden Schlußfolgerungen in klarer Weise zu veranschaulichen.

Fall I. S. D., 19jähriger Handelsakademiker. Die Anamnese ergibt nichts besonderes. Im 5. Lebensjahr hat er schwere Diphtheritis durchgemacht, sonst von Kinderkrankheiten nur Varicella. Inspektion des Nasenrachentraktus ergibt bis auf gering vergrößerte Tonsillen keine Anomalien. Trotzdem klingt die Sprache wie bei einer Rhinolalia clausa posterior. Erkundigung bei einer ärztlichen Militärstation, wo Pat. bald nachdem er eingerückt war, wegen sehr großer A. V. operiert wurde, ergibt die Mitteilung, daß die Sprache ante und jetzt post operationem dieselbe war, ja der betreffende Operateur hat die Empfindung, daß sie post operationem noch mehr als früher klanglos, „tot" klinge. Diagnose: Rhinolalia clausa post. functionalis. Nach achtwöchentlicher sprachärztlicher Behandlung spricht Pat. fast tadellos.

Fall II. K. E., 14jährige Bürgerschülerin. Im allgemeinen schwach entwickelt, grazil gebaut. Anämie. Die Anamnese ergibt, daß Pat. wegen ihrer „verwaschenen" Sprache, die ein starkes, näselndes Timbre hören läßt, von diversen Rhinologen (nicht hier in Wien) wiederholt operiert

[1]) Nach einer am 30. VI. 1919 in der Österr. otolog. Gesellschaft gehaltenen Demonstration. Bezüglich des Ausdruckes „phoniatrisch" siehe die Anmerkung am Schlusse des I. Teiles.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde, indes verschlechterte sich die Sprache immer mehr. Diagnose: Insufficientia veli palatini (s. später); besonders starke Rhinolalia aperta infolge der stattgehabten Operationen, bei denen die Muscheln zum großen Teil entfernt wurden etc. Diese Eingriffe waren kontraindiziert. Die Prognose einer sprachärztlichen Übungstherapie ist in diesem Falle eine dubia.

Fall III. R. A., 8jähriger Tischlermeisterssohn aus W. in Steiermark. Vor einem Jahre mit recht gutem plastischen Erfolg wegen Uranoschisma operiert. Der dortige Lehrer machte zirka ein halbes Jahr Sprechübungen, die, wie mir mitgeteilt wird, die Verständlichkeit der Sprache etwas gebessert haben sollen. Vor einigen Wochen riet ein dortiger Arzt zwecks weiterer „Sprachverbesserung" einen rhinologischen Eingriff wegen starker Hypertrophien der beiderseitigen unteren und mittleren Muscheln, letzterer insbesonders rechts. Die Prüfung der Sprache ergibt ein mittelgradiges Näseln bei relativ guter Verständlichkeit der Sprache. Macht man eine Probecocainisierung (+ etwas Adrenalin), um die Hypertrophien zum Abschwellen zu bringen, und prüft darnach die Sprache (Fig. 1 und 2), so zeigt sich eine bedeutende Verschlechterung derselben. Jeder operative Eingriff ist hier (s. später) kontraindiziert, eine systematische Sprachübungstherapie wird hier eine weitere Verbesserung des Sprechens zeitigen.

Das im wesentlichen die Krankenskizzen der drei Fälle. Ich könnte natürlich noch eine große Anzahl von Krankengeschichten von Patienten anführen, die, hierher gehörend, im Laufe meiner Praxis zur Beobachtung resp. Behandlung kamen; indes glaube ich, daß gerade dadurch, daß man nur knapp das in die Augen springende an der Hand von instruktiven Fällen vorführt, die für den Rhinologen in Betracht kommenden wichtigen Momente ins richtige Licht gerückt werden.

Es gibt eine ganze Anzahl von Sprachaffektionen, so z. B. das Stottern, die Hörstummheit etc., die für die Frage der Indikationsstellung für rhinologische resp. rhinopharyngologische Operationen in Betracht kommen; heute sollen uns aber nur die Affektionen beschäftigen, die wir unter dem Sammelnamen Rhinolalien zusammenfassen. Gutzmann sagt einmal in einer seiner Arbeiten, „es sei ein wahres Unglück, daß alle diese Klangveränderungen mit „Näseln" bezeichnet werden, weil in dem Namen selbst schon der Hinweis auf die Nase enthalten sei". Nun hängt aber z. B. das mit Rhinolalia aperta bezeichnete „Näseln" niemals von der Nase, sondern lediglich von Veränderungen des Gaumensegels resp. von dem ungenügenden Abschluß des weichen Gaumens ab und daher kommt es immer wieder vor, daß in derartigen Fällen gelegentlich die Kontraindikationsstellung eines rhinologischen operativen Eingriffes übersehen wird. Gutzmann schlägt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als deutschen Ausdruck für derartige Klangveränderungen die Einführung des Begriffes „Gaumeln" vor, um eben dadurch den Entstehungsort der Klangveränderung zu charakterisieren. Vielleicht wäre der Ausdruck

Fig. 1.

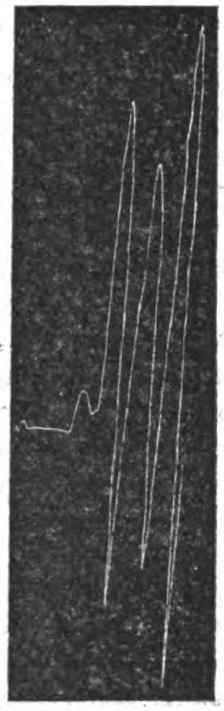


Fig. 2.

Nasendurchschlag vor der Cocainisierung (Fig. 1) und nach derselben (Fig. 2). Man sieht, daß schon vor dem Probe-Cocainisieren der Nasendurchschlag ein relativ großer ist. Ein etwaiger Eingriff würde — ähnlich wie in Fig. 2 — die Sprache zu einer stark näselnden machen. (Bezüglich der Technik der graphischen Registrierung siehe näheres im II. Teil dieser Arbeit.)

„P a l a t o l a l i e", den ich vorschlage, in allen Fällen, wo das Velum an der Klangveränderung Schuld trägt, in Gegenüberstellung zur Rhinolalie, gut akzeptabel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn wir uns also zunächst fragen, welche Faktoren die in Betracht kommenden Klangveränderungen herbeiführen, so müssen wir diese Frage dahin beantworten, daß wir sagen: Neben gewissen Veränderungen der Lage des Kehlkopfes und der Zunge, die aber für die Frage der Rhinolalien von relativ geringerer Bedeutung sind, haben wir folgende drei Hauptmomente in Betracht zu ziehen:

1. Die akustische Architektonik des Nasenkanals,
2. die akustische Architektonik des harten und insbesondere des weichen Gaumens,
3. die akustische Architektonik des Epi-, Meso- und Hypopharynx resp. vom phonetischen Gesichtspunkt des supra- und infrapalatalen Resonanzraumes.

Alle früheren Versuche und mitgeteilten Ergebnisse über die Architektonik dieser drei Räume resp. über den im Zusammenhang damit stehenden Mechanismus der Nasalität kranken daran, daß die diversen Autoren, wie ich schon oben erwähnt habe, unter Näseln verschiedene Klangphänomene verstanden; so z. B. war es Passavant und M. Schmidt um die Rhinolalia aperta zu tun, während Sängers Untersuchungen offenbar der Rhinolalia clausa gelten. Aus den gesammelten Resultaten sei also nur das für unser Thema wichtigste hier zusammengefaßt.

Bereits im Jahre 1846 arbeitete Liskovius[2]) über dieses Thema, wobei er zu folgenden Schlüssen kam: „Es entsteht ein Nasenton, wenn das normale Verhältnis zwischen der in die Nasenhöhle einströmenden Luft und der Weite ihrer Wandungen irgendwie gestört ist. Ist aber der Nasenkanal regelmäßig beschaffen und wird nur so viel Luft hineingelassen, als ungehemmt hindurchströmen kann, so entsteht dadurch eine Vermehrung der Resonanz, aber kein Nasenton.“ M. A. Wintrich[3]) präzisierte das Näseln auf Grund seiner Versuche als den Ausdruck einer Kommunikation des austretenden Luftstromes nach der Nasenhöhle, wobei eine Verengerung derselben vorausgesetzt wird. Doch ist dabei aber keineswegs die Enge des Fortpflanzungskanals das entscheidende, was Wintrich in dem Satze zusammenfaßt: „Wir erhalten sonach das Näseln, sobald der Nasenkanal der weitaus vorwiegende Fortpflanzungskanal mit sehr starken Vibrationen seiner Wände geworden ist, und (wir erhalten) die reine Stimme, wenn die Mundhöhle und der Schlundknopf diese Rolle übernehmen.“

---

[2]) Physiologie der menschlichen Stimme für Ärzte und Nichtärzte.

[3]) V. Band des Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie von Virchow.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch Passavants bekannte Untersuchungen möchte ich hier erwähnen. Er betonte die Rolle der Nasenhöhlen als Resonanzkasten, basiert auf rein physikalischen Gesetzen, und wies darauf hin, daß selbst bei völligem Abschluß des Nasenrachenraumes durch das Gaumensegel eine Fortleitung des Schalles durch den Mund, und zwar „durch jene mäßig dicke gespannte Schichte von Weichteilen sowie durch das Gaumengewölbe in die Nasenhöhle" stattfindet. Er hebt aber mit Recht hervor, daß es ein großer Unterschied sei, ob der aus dem Larynx kommende Luftstrom direkt in die Nasenhöhle eindringt oder ob er seinen Weg durch die Mundhöhle nimmt und in der Nasenhöhle sich nur die nach allen Richtungen sich verbreitenden Schallwellen fortpflanzen, ohne daß der Luftstrom direkt in diese Höhlen gelangte. (S. später Réthis und meine Versuche.)

Wichtig scheint mir die Unterscheidung zwischen Nasenstimme und näselnder Stimme, die Grützner uns gegeben hat. Von ersterer sprechen wir dann, „wenn die Hohlräume der Nase und ihre Umgebung in ausreichend starke resonierende Schwingungen geraten, je nach der Art und Stärke dieser Resonanz gegenüber derjenigen in der Mundhöhle müssen wir eine Nasenstimme und eine näselnde Stimme unterscheiden. Bei der letzteren wird der Larynx in die Höhle gezogen, das Gaumensegel offen gehalten und der Zungengrund dem Gaumen entgegen gehoben. Dann gibt es noch ein weiteres Unterscheidungsmerkmal: Bei den Nasenstimmen werden die Wangen stark, bei der näselnden Stimme fast gar nicht erschüttert. Das läßt sich schon mit dem bloßen Tastgefühl nachweisen, oder auch, indem man einen kleinen Trichter auf die Wange setzt, nachdem man sein spitzes Ende mit der Königschen Kapsel in Verbindung gebracht hat. Bei der Nasenstimme zuckt die Flamme hoch auf und nieder, bei der näselnden bewegt sie sich kaum.

Schließlich möchte ich hier — auf die Details komme ich noch im zweiten Teil des näheren zurück — noch einen Autor erwähnen, der viel Aufmerksamkeit und Studium dieser Frage zugewendet hat, und zwar M. Sänger.[4]) Seine Experimente zielten im wesentlichen dahin, zu zeigen, daß durch Verstopfung der Choanen (durch Wattetampons) oder der Nasenhöhlen doch die Aussprache der Rhinophone möglich sei. Ich habe diese Versuche nachgeprüft und konnte feststellen, daß auf diese Weise nur ganz unklare, etwa wie „hmh" klingende Laute produziert werden können, die nur ganz entfernt an ein m etwa erinnern können. Es ist eine Art verdumpftes Blasen durch die Nase zu hören. Richtig ist seine — auch von Grützner emporgehobene — Feststellung, daß ein „nasales

[4]) Pflügers Arch. 63 u. 66

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Timbre" neben anderen Momenten dadurch zustande kommt, daß der hintere Teil der Mundhöhle eine Verengerung erfährt. Das bewirkt teils das Gesenktwerden des weichen Gaumens, teils die Emporwölbung des Zungengrundes. Nicht ganz kann ich Sänger zustimmen, wenn er behauptet, daß eine Verhinderung des Emporwölbens der Zunge durch kräftiges Herabdrücken oder durch energisches Hervorziehen derselben auch jedes Näseln unmöglich mache. Nach Überwindung der Würgbewegungen gelingt es mir sehr gut, ein nasales Timbre zu erzeugen, auch bei anderen konnte ich dasselbe feststellen. Es hat dies auch eine gewisse praktische Bedeutung. Jeder Sänger muß ja bemüht sein, seine Zunge womöglich flach im Munde zu halten, auch bei der Produzierung von Lauten, die sonst ein stärkeres Emporwölben der Zunge, wie es z. B. e, ü etc. bedingen, kann man beim kunstgeübten Sänger ein „Hinstreben nach dieser flachen Lage" feststellen, und trotzdem gelingt es, dort, wo es angebracht erscheint, dem Stimmcharakter ein nasales Timbre zu verleihen. Es kommt da eben nur auf den fein abstufbaren Mechanismus an, über den jeder Sänger disponieren muß. Damit möchte ich dieses Kapitel abschließen.

In den diversen Physiologien finden wir immer den Satz: Das Gaumensegel schließt bei allen Lauten mit Ausnahme von m, n und ng ab. Nun haben Hartmann, Gutzmann, Fröschels — letzterer in instruktiver Weise auch röntgenologisch —, Flatau, Stern u. a. nachgewiesen, daß dieser Gaumensegelklappenverschluß nicht immer ein ganz vollkommener ist; es ist das eine Erkenntnis, die für viele Fragen der Sprechtechnik, und insbesondere der Gesangspädagogik, wie ich das in einigen Arbeiten[5]) ausgeführt habe, von großer Bedeutung ist. (Übrigens ist die Frage des Velumabschlusses — siehe z. B. Zwaardemakers und Nagels widersprechende Ansichten —, die ich an anderer Stelle ausführlich besprechen werde, bisnun keineswegs endgültig entschieden [s. auch darüber im II. Abschnitt dieser Arbeit].) Für die Frage der Rhinolalien kann aber das geringe Luftquantum, welches durch den physiologisch nicht vollkommen dichten Verschluß beim Sprechakt in die Nase gelangt, vernachlässigt werden und wir wollen bei Behandlung unseres Themas nur dann von pathologischen Verhältnissen sprechen, wenn die bei der Sprache zwischen Mund und Nase nur bei m, n und ng normalerweise bestehende Kommunikation in diesem oder jenem Sinne gestört ist.

[5]) Hugo Stern, Die Radiologie in ihren Beziehungen zur Physiologie und Pathologie der Sprache und Stimme. Internat. Radiologen-Kongreß 1912 in Prag. — Derselbe, Zur Diagnose und Therapie funktioneller Stimmstörungen. Mschr f Ohrhlk. 1913. H 10.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist das große Verdienst Hermann Gutzmanns, diese ganze Frage in ein System gebracht zu haben, auf dessen Basis wir die folgende Klassifikation der Rhinolalien geben können (s. Tabelle). Wir unterscheiden also demnach:

Die Rhinolalien.

I. Rhinolalia clausa	II. Rhinolalia aperta	Rhinolalia mixta
A. anterior *B.* posterior *a)* organica *b)* functionalis	*A.* organica 1. e Uranoschisma 2. e Insufficientia veli palatini 3. e Paralysi aut paresi veli palatini 4. e Hypoinnervatione 5. e consuetudine post paresim (autoimitativa) *B.* funktionalis 1. congenita 2. per imitationem aquisita 3. postoperativa *C.* functionalis partialis (Sigmatismus = Parasigmatismus nasalis etc.)	*A.* anterior *B.* posterior

I. Rhinolalia clausa. (Verstopftes Näseln.)

Diese zerfällt wieder in zwei Unterabteilungen, je nach dem Sitz des Hindernisses für den normalen Nasendurchschlag. Bei der Rhinolalia clausa anterior (I. a.) sind es die Nasenhöhlen, die durch Hypertrophien, Polypen und insbesondere durch Deviationen verengt oder fast ganz geschlossen sind; wenn das auf beiden Seiten der Fall ist, erfolgt die Atmung fast lediglich durch den Mund, die Sprache bekommt einen charakteristischen dumpfen „holzigen" Klang.

Die Rhinolalia clausa posterior (I. B.) ist entweder a) organischer oder b) funktioneller Natur. Im ersteren Falle ist der Sitz der Affektion im Nasenrachenraum (adenoide Vegetationen, Verwachsungen des Velum mit dem Pharynx, Tumoren im Nasenrachenraum etc.) — „tote" Sprache —, während es sich bei der Rhinolalia clausa functionalis (I. Bb.) (auch Dyslalia palatina clausa oder Uranolalia clausa genannt) um eine dauernde Kontraktion des Velum beim Sprechen handelt; es fehlt das abwechslungsreiche Spiel von Kontraktion und Erschlaffung des Velum, wie es de norma sein soll. Ich komme auf diese interessante Sprachaffektion noch weiter unten zu sprechen, möchte aber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorher betonen, daß der Klangunterschied der organisch bedingten Rhinolalia clausa anterior und posterior meist ein erheblicher ist. Ein fein geübtes Ohr, welches auf diese Differenz eingestellt ist, kann schon, bevor noch eine Inspektion vorgenommen wurde, die Diagnose, ob eine anterior oder posterior vorliegt, stellen. Wenn man die mechanischen und architektonischen Verhältnisse der Nase in Betracht zieht, wird dies ohneweiters klar. Bei der Rhinolalia clausa anterior gelangt bei der Bildung der Nasallaute der tönende Luftstrom bis zu dem in der Nase befindlichen Hindernis, der ganze Nasenrachenraum und wenigstens ein Teil der Nasenhöhlen gerät in starke Mitschwingungen. Der Klangcharakter ist ein von dem bei der Rhinolalia clausa posterior wesentlich verschiedener, weil hier eben diese Resonanz wegfällt. Wo das bloße Gehör — natürlich neben der sonstigen rhinologischen Untersuchung — nicht zu entscheiden vermag, gibt den besten Aufschluß die experimentell-phonetische (leicht durchführbare) Untersuchung. (S. den II. Teil dieser Arbeit—Anhang.)

Nun ein Wort über die früher erwähnte Rhinolalia clausa functionalis. Die Sprache klingt bei derselben fast ebenso wie bei der Rhinolalia clausa organica, aber weder in der Nase noch im Nasenrachenraum findet sich irgend ein organisch-mechanisches Hindernis. Auch die Prüfung der Gaumensegelfunktion — außerhalb des Sprechaktes oder wenn man bloß einen Vokal intonieren läßt — gibt normale Verhältnisse. Fröschels imponiert die Art der Kontraktion sogar als „Krampf", also als Muskelkontraktion von besonderer Stärke. Ich selbst habe bei meinen Fällen nicht Gelegenheit gehabt, derartige krampfartige Kontraktionen zu beobachten, es liegt aber immerhin im Bereiche der Möglichkeit, daß es sich in der Tat bei einigen Fällen um einen durch Hyperinnervation bedingten Krampf handelt. Ein anderer Autor, M. Sänger, spricht in derartigen Fällen von geschlossenem Näseln, von einer „perversen Aktion des Gaumensegels". Ich halte diesen Ausdruck — Gutzmann hat es schon wiederholt vorher betont — nicht für ganz glücklich. Denn, wenn man schon von einer perversen Aktion des Velum spricht, so müßte damit ausgedrückt sein, daß die gesamte Aktion des Gaumensegels pervers, i. e. verkehrt (umgekehrt, den natürlichen Verhältnissen entgegengesetzt) sich verhält, d. h. es müßte bei den Nasenlauten (Resonanten, Rhinophonen), bei denen es de norma nicht geschlossen sein soll, abschließen, hingegen bei allen oral gebildeten Lauten, bei denen unter normalen Verhältnissen ein Abschluß nach dem Nasenrachenraum hin erfolgt, müßte es offen stehen. Das ist nun nicht der Fall, es ist eben nur eine teilweise perverse Aktion (bei den drei Nasenlauten), charakterisiert dadurch, daß das Velum bei Beginn des Sprechaktes sich in seine Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

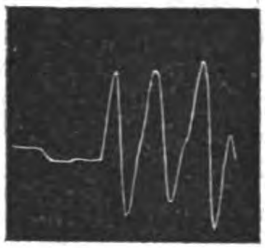
schlußstellung begibt und in dieser Lage während des Sprechens verbleibt. Jeder sich mit Sprachaffektionen beschäftigende Arzt hat Fälle von Rhinolalia clausa posterior functionalis — wenn auch nicht allzu häufig — zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es gehört nicht zu unserem Thema, auf deren Ätiologie und Therapie des näheren hier einzugehen, trotzdem möchte ich beide Fragen kurz berühren. Ätiologisch — es ist dies nicht ganz klar — scheint in den meisten Fällen das Bestehen großer adenoider Vegetationen, die die abwechslungsreiche Funktion des Gaumensegels wesentlich erschwerten, im Vordergrunde zu stehen. Bei sechs meiner Fälle wurde mir mitgeteilt, daß die adenoiden Vegetationen in der Tat den ganzen Nasenrachenraum ausfüllten. In drei Fällen soll nach der Anamnese während einer Pertussis eine „Verdumpfung" der Nasenlaute wahrgenommen worden sein, unmittelbar nach den Hustenattacken, die von äußerst heftigen Würgbewegungen begleitet waren, soll die Sprache den charakteristischen „toten" Klang erhalten haben, der dann auch weiter bestehen blieb. Einen Fall konnte ich als Folgezustand nach einem überaus schmerzhaften Tonsillarabsceß, der infolge nicht rationeller Behandlung sich einige Wochen hinzog, registrieren. In anderen Fällen konnten keine besonderen anamnestischen Daten erhoben werden. In fast allen Fällen aber scheint es sich darum gehandelt zu haben, daß, wenn auch das organische Hindernis (A. V.) beseitigt worden ist, die Consuetudo als altere natura verblieb, d. h. das Velum wurde beim Beginn des Sprechaktes kontrahiert und während der Sprechdauer kontrahiert gelassen. In den meisten Fällen liegt hier offenbar eine Form der sogenannten habituellen Sprachstörungen vor. Im Sinne Ehrets und Gutzmanns, welch letzterem wir mehrere vorzügliche, dieses Gebiet betreffende Arbeiten verdanken, möchte ich die habituellen Sprach- und Stimmstörungen folgendermaßen definieren: Es handelt sich da um Affektionen, wo zu einer materiell bedingten Schädigung oder schon bestehenden Anomalie es meist im Anschluß an Traumen oder an schmerzhafte Prozesse zu einer Funktionsherabsetzung oder zu einem direkten Funktionsausfall kommt, welch beide letztere einen habituellen Charakter annehmen, wobei eine psychogene Komponente nicht immer, und wenn, dann auch nur in einem gewissen eingeschränkten Sinne nachweisbar ist. Das Wesen dieser Affektionen beruht darauf, daß die Erinnerungsbilder für bestimmte Bewegungen sowie für die mit denselben in innigem Konnex stehenden Muskelempfindungen verloren ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gangen sind. Therapeutisch kommt bei der Rhinolalia clausa post. functionalis, wenn die A. V. bereits entfernt sind, lediglich eine systematische Übungsbehandlung in Betracht: Zeigen und Kennenlernen der verschiedenen Arten der Luftwege seitens der Patienten, Übertreibung und Dehnung der Nasallaute, Überkompensieren der Sprache nach einer künstlichen Rhinolalia aperta etc. Die Prognose bezüglich der Sprache ist eine durchaus gute.

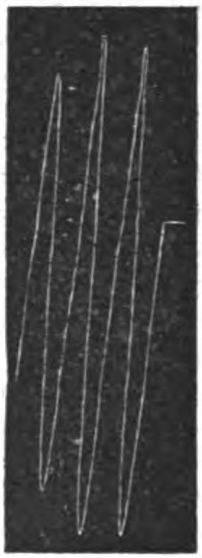
Gutzmann erwähnt immer einen besonders charakteristischen derartigen Fall. Es handelte sich um einen spanischen Kaufmann, der, wie

Fig. 3.



Der Erfolg der Operation zeigt sich sehr deutlich in Fig. 4; man sieht die erzielte freie Nasendurchgängigkeit, die Ausschläge des Nasendurchschlages — gewählt wurden die Worte Memnotechnik, memento, Monomanie etc. — sind 3- bis 4mal so groß, wie ante operationem (Fig. 4). Demgemäß ist die Sprache auch eine freie, richtig timbrierte geworden.

Fig. 4.



er sagt, halb Europa wegen seiner Rhinolalia clausa functionalis, die anfangs freilich eine organica war, durchreist hatte. „Hier war", so fährt Gutzmann fort, „offensichtlich die Herausnahme der adenoiden Vegetationen, die zu Anfang tatsächlich bestanden hatten und die die organische Grundlage für die Erwerbung der Rhinolalia clausa functionalis gewesen waren, richtig indiziert gewesen; alle übrigen Operationen aber, die an dem herumreisenden Patienten von den verschiedensten Laryngo-Rhinologen ausgeführt worden waren, waren in der Tat unter falscher Indikationsstellung gemacht worden. Wenn man bedenkt, daß dieser Mann nach 14 Tagen einer einfachen Übung normal sprach, so wird man begreifen, daß er, obgleich ich selbst es sorglich vermied, auf die fehlerhaften Indikationsstellungen, die ihm so viele Operationen gebracht hatten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einzugehen, höchst entrüstet über seine bisherige operative Behandlung war."

Die Indikationsstellung für rhinologische Operationen bei der Rhinolalia clausa ist demnach folgende:

Rhinolalia clausa anterior. Operative Indikation gegeben (s. Fig. 3 und 4).

Rhinolalia clausa posterior organica. Operative Indikation gegeben.

Rhinolalia clausa posterior functionalis. Wenn keine A. V. vorhanden sind resp. schon früher entfernt worden waren, ist jeder rhinologische Eingriff zwecks Besserung der Sprache kontraindiziert. Die sprachärztliche Übungstherapie gibt in derartigen Fällen eine vorzügliche Prognose.

II. Rhinolalia aperta. (Offenes Näseln, „Gaumeln", Palatolalie.)

Wir unterscheiden hier zunächst zwei Unterabteilungen, die Rhinolalia aperta organica und die Rhinolalia aperta functionalis.

A. Die Rhinolalia aperta organica (auch Dyslalia palatina aperta oder Uranolalia aperta genannt) kann verschiedene Ursachen haben.

1. Angeborene Spalten des Gaumensegels.
2. Insuffizienz des Gaumensegels.
3. Lähmungen (oder Paresen) des Gaumensegels.
4. Infolge allgemeiner ungenügender Innervation (bei Mongoloiden, Imbecillen, Idioten und relativ häufig auch bei Taubstummen).
5. Folgeerscheinung nach Diphtheritis im Anschluß an eine organisch bedingte Lähmung (Polyneuritis). Das Kind gewöhnt sich — auf dem Wege einer Art von Autoimitation —, trotzdem die Lähmungserscheinungen zurückgegangen sind und die Innervation bereits wieder normal erfolgt, daran, das Gaumensegel während des Sprechaktes unbenutzt zu lassen, es macht den Eindruck, als hätte es die Gaumensegelbewegung verlernt, das Erinnerungsbild für diese Bewegung resp. die Muskelempfindungen gingen verloren, auch hier haben wir es mit einer Form der habituellen Sprachaffektion zu tun.

Zu Punkt 2 sei nur kurz folgendes bemerkt: Wir bezeichnen ein Gaumensegel dann als insuffizient, wenn es den Nasenrachenabschluß nicht vollzieht, trotzdem es anscheinend normale Form und normale Beweglichkeit hat. Lermoyez betont, daß die Insuffizienz stets von einem zu kurzen harten Gaumen, nie jedoch von einem zu kurzen Velum

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

herrührt und daß das der Grund für den zu großen Abstand des Gaumensegels von der hinteren Rachenwand sei. Mit dem Gutzmannschen Abstandmesser habe ich in einer ganzen Reihe derartiger Fälle die in Betracht kommenden Größenverhältnisse bestimmt, indes ergaben sich keine bestimmten Anhaltspunkte bezüglich der von Lermoyez aufgestellten These. Da könnten wohl nur Hunderte derartiger Untersuchungen, von verschiedenen Kollegen durchgeführt — die Fälle von Gaumensegelinsuffizienz sind ja nicht allzu selten —, einigermaßen Klarheit bringen. Die Differentialdiagnose gegenüber der Gaumensegellähmung sowie von Fällen gegenüber, die, auf hyperplastischer Rachentonsille beruhend, bisweilen ähnliche Erscheinungen machen (von infantiler Pseudobulbärparalyse etc. will ich absehen), ist eine leichte und ist auch demgemäß die Indikation zu stellen.

B. Für die Rhinolalia aperta functionalis (II. B.) kommen als Ursachen folgende Momente in Betracht:

1. Es besteht keine eigentliche Lähmung des Velums, auch keine (s. oben, II. A. 4) angeborene Schwäche desselben, wie wir das etwa bei Imbecillen finden, sondern es wird das Velum bei der sprachlichen Koordination einfach nicht gebraucht. Diese Fälle von reiner Rhinolalia aperta functionalis congenita (II. B. 1) sind nach meiner Erfahrung äußerst selten; ich selbst habe bisher nur zwei Fälle als hierher gehörig mit Bestimmtheit diagnostizieren können und auch da nur per exclusionem, nachdem eigene sorgfältigste Untersuchung sowie Zurateziehung von Neurologen und Rhinologen keinerlei Ursache für diese Form der Rhinolalia aperta finden konnte.

2. Wir sprechen von einer Rhinolalia aperta functionalis per imitationem acquisita (II. B. 2). Dahin gehören alle jene Fälle, wo Kinder durch Nachahmung der Sprache von Kindern mit Wolfsrachen ein derartiges offenes Näseln akquirieren, und zwar ist diese Nachahmung eine so vollkommene, daß man mitunter von zwei derartigen vorgestellten Fällen schwer zu entscheiden vermag, welches Kind eigentlich den Gaumendefekt besitzt und welches bloß das Näseln „nachahmt".

3. Wir sprechen von einer Rhinolalia aperta functionalis postoperativa (II. B. 3). Diese Fälle sind eigentlich — wenn auch die Ursachen verschieden sind — den unter II. A, Punkt 5, sehr ähnlich. Nach der Operation starker adenoider Vegetationen, die an und für sich genügend abschlossen, kommt es gelegentlich vor, daß das Anheben des Velum, als quasi überflüssig erscheinend, nicht stattfindet und im Anschluß an die Operation plötzlich statt der Rhinolalia clausa eine Rhinolalia aperta mit einer verwaschenen, schlecht artikulierten und stark näselnden Sprache auftritt. Es ist das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine für den Operateur gewiß unangenehme Verlegenheitssituation, die aber durch eine kurze systematische Übungstherapie oder auch durch spontane Einstellung einer normalen Sprache bald überwunden ist. Hierher gehören auch diejenigen Fälle, wo es gelegentlich bei der Operation der A. V. zu einer Zerrung oder leichten Zerreißung der Weichteile kommt; ich entsinne mich, eine ganze Reihe solcher Fälle gesehen zu haben. Meist findet wohl eine Restitutio ad integrum statt, hie und da bleibt aber doch eine dauernde Schädigung der Sprache (die Sprechübungstherapie ist in solchen Fällen fast immer erfolglos) zurück; wir müssen wohl annehmen, daß in solchen Fällen trotz äußerlichen scheinbar geringen Traumas eine derartige schwere Schädigung der Architektonik des Palatum molle eingetreten ist, daß dasselbe dauernd seine physiologische Funktion — wenigstens zum Teil — eingebüßt hat. (Auch sonstige Traumen, die gelegentlich den weichen Gaumen treffen, können zu einer solchen Rhinolalie führen.)

Daß auch nach anderen operativen Eingriffen aus einer Rhinolalia clausa eine Rhinolalia aperta werden kann, ist bekannt. Einen derartigen Fall z. B. demonstrierte Fein (l. c.). Es handelte sich um einen 15jährigen Knaben, welcher an beiderseitiger angeborener Atresie der Choanen litt. Unmittelbar nach der Herstellung der Durchgängigkeit der einen Nasenseite wurde die Sprache, welche bisher, wenn auch nicht normal, so doch verständlich gewesen war, fast unverständlich. Fein stellte seinerzeit den Patienten vor mit der prinzipiellen Fragestellung, ob auch die zweite Seite operiert werden solle, nachdem bereits dem ersten Eingriff eine so bedeutende Verschlechterung der Sprache gefolgt ist. Fröschels sprach sich damals hinsichtlich des Erfolges einer sprachärztlichen Behandlung zuversichtlich aus, während ich die Prognose als eine mehr als dubia bezeichnete und empfahl, vorerst durch eine systematische sprachärztliche Behandlung eine Sprachverbesserung zu versuchen und erst dann eventuell an die zweite Operation heranzugehen. (Das weitere Schicksal dieses Falles ist mir nicht bekannt.)

C. Rhinolalia aperta functionalis partialis.

Hierher gehören die Fälle von Sigmatismus = Parasigmatismus nasalis (II. B. 4), worüber ich an anderer Stelle berichtet habe.[6]) Wir können dafür, daß das partielle Näseln nur die Laute der S-Reihe betrifft (seltener p, t, l etc.), nur darin eine Erklärung finden, daß wir, wissend, daß ja das s einen besonders guten Nasenrachenabschluß erheischt, wohl annehmen dürfen, daß das dazu erforderliche Gaumensegelkraftmaximum eben nicht aufzubringen ist. Außerdem ist für

[6]) Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde. W. m. W. 1910. Nr. 49 u. 1911. Nr. 7.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die reine Bildung der S-Laute ein ganz besonders feiner Mechanismus notwendig, ebenso eine strikte exakte Einstellung der Zunge. Sie sind — sit venia verbo — unter den Sprachlauten der Locus minoris resistentiae, i. e. der Ort, wo sich am frühesten und intensivsten die meisten Affektionen der Sprache dokumentieren. Diese Form einer Rhinolalia aperta functionalis partialis, d. h. der Beschränkung des offenen Näselns auf die Laute der S-Reihe (s, z, sch und deren Verbindungen) ist durch den Charakter des dabei auftretenden Geräusches leicht geeignet, den Gedanken einer operativen Beseitigung des scheinbaren Sprechhindernisses aufkommen zu lassen, was aber nach der Pathogenese dieser Erkrankung natürlich überflüssig, wenn nicht direkt schädlich wäre.

Nebenbei möchte ich bemerken, daß es auch eine Rhinolalia aperta, willkürlich erzeugt — bei affektierten Menschen —, gibt; ohne jede anatomische Ursache halten derartige Menschen in ihrer gezierten, nonchalanten, affektierten Sprechweise das Gaumensegel schlaff, wodurch eine überaus widrige, verwaschen-näselnde Sprache produziert wird.

Die Indikationsstellung für rhinologische Operationen bei der Rhinolalia aperta ist demnach folgende:

Ad II. A.: Wenn ich davon absehen will, daß seitens der Rhinologen gelegentlich die Staphylorrhaphie, die ja indiziert ist, gemacht wird — ich sah z. B. derartige Fälle mit ausgezeichnetem plastischen und sprachlichen Erfolg von Marschik ausgeführt — oder, daß bei Verkürzung des Velum Paraffininjektionen in die hintere Rachenwand versucht werden, so enthalten alle sub II. A. genannten Unterabteilungen eine Kontraindikation zur Vornahme rhinologischer Eingriffe, es sei denn — was ja vorkommen könnte —, daß aus irgend einem Grunde eine Indicatio vitalis den operativen Eingriff diktiert. Ich gehe da einen Schritt weiter als Fröschels, der sagt: „Die adenoiden Vegetationen sind die einzigen Hypertrophien der Nase, deren Entfernung bei einer Rhinolalia aperta sprachärztlich indiziert ist." Ich gebe zu, daß Fröschels sicher Recht hat, daß für eine ganze Anzahl von Fällen die Indikationsstellung nicht so sehr einzuschränken ist resp. so eng gefaßt werden muß, aber die Erfahrung, daß die Größe einer A. V. in dem oder jenem Sinne in gar keinem Verhältnis zu deren Einfluß auf die Sprache steht und man deshalb nie vor Überraschungen gefeit ist, läßt mich bei der Kontraindikationsstellung in Fällen von Rhinolalia aperta verharren. Ausgenommen seien jene Fälle, wo es sich um derartig starke Verengerungen der Nase handelt, daß, abgesehen von den überaus störenden Klangveränderungen, die große Beengung der normalen Atmung die Operationsindikation diktiert. Was ich nun von der Rhinolalia aperta organica bezüglich der Indikationsstellung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sagte, gilt auch für alle sub II. B. supponierten Fälle. Allerdings kann man, wenn durch eine entsprechende Übungstherapie oder wenn spontan die Sprache gut wurde und wie z. B. im Falle II. B., Punkt 1 und 2 (also bei einer Rhinolalia aperta functionalis congenita oder acquisita) doch A. V. da sind, die auf den sonstigen Gesundheitszustand in dem allgemein bekannten Sinne ungünstig einwirken, dieselben operativ entfernen, aber dies immer mit einer gewissen Vorsicht und entsprechenden Kautelen (nicht die ganze Wegnahme derselben etc.), weil ja der vorher bestandene Sprachstatus darauf hinweist, daß der Träger der Sprache eine gewisse Disposition zu leichter Akquirierung von Sprachaffektionen hat; solche Fälle sind also gewissermaßen immer suspekt und mit Vorsicht bezüglich der Indikationsstellung zu behandeln.

Auch diesen Abschnitt schließe ich, um eben der Wichtigkeit der Indikationsstellung großen Nachdruck zu verleihen, indem ich Gutzmann (mit bezug auf einen Fall sub II. A., Punkt 5) selbst sprechen lasse: „Nur allzu oft habe ich in solchen Fällen erlebt, daß zufällig bei dem betreffenden vorhandene, geringe adenoide Vegetationen ausgeräumt oder in der Nase allerlei Versuche vorgenommen wurden, eine Erweiterung herbeizuführen. Der Erfolg konnte natürlich nur der sein, daß die Rhinolalia aperta so zunahm, daß die Eltern, meistens unter lebhaften Ausdrücken der Entrüstung, auf die mangelhaften Erfolge der Operationen hinwiesen, in einem Falle sogar nicht übel Lust zeigten, den Operateur auf Schadenersatz zu verklagen."

III. Rhinolalia mixta.

Wie schon der Name besagt, handelt es sich da um Fälle, die aus beiden Näselarten gemischt erscheinen, und dies bisweilen auch in der Weise, daß einige Laute stark resonieren, andere wieder ganz dumpf klingen; ja es kommt vor, daß derselbe Laut in seinem Klangcharakter stark variiert, was offenbar mit der Beeinflussung seitens des ihm vorangehenden oder folgenden Lautes im Zusammenhang steht. (Diese Beeinflussung eines Lautes durch den anderen können wir schon physiologisch feststellen; nehmen wir z. B. die beiden Worte Mann und Kamm; im ersteren Falle trägt das a schon Elemente des vorangehenden m — was auch graphisch registrierbar ist — in sich; und so ist das bei allen anderen Lauten ebenfalls der Fall, je nach dem Artikulationsgebiet, dem der betreffende vorangehende resp. nachfolgende Laut gehört.) Wir unterscheiden ähnlich wie bei der Rhinolalia clausa auch hier eine Rhinolalia mixta anterior und eine Rhinolalia mixta posterior.

Bei der Rhinolalia mixta anterior (III. A.) findet sich die folgende Kombination: Nase durch irgendwelche Veränderungen mehr

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oder weniger schlecht durchgängig + mangelhafter oder fehlender Velumverschluß. Am häufigsten findet sich die Rhinolalia mixta anterior bei angeborenen Gaumenspalten.

Bei der Rhinolalia mixta posterior (III. B.) finden wir adenoide Vegetationen (die aber nicht so groß sind, daß nicht noch ein Teil der Luft durch die Nase gehen könnte) + Paresen oder Insufficienz des Velum. Auch diese Form findet sich meist bei angeborener Gaumenspalte. Der Klang der beiden Unterarten ist jedoch ein verschiedener, weil ja bei der Rhinolalia mixta posterior die Resonanz des Nasenrachenraumes zum größten Teil wegfällt, die Sprache klingt „hölzern", dumpfig.

Die Indikationsstellung für rhinologische Operationen bei der Rhinolalia mixta ist demnach folgende:

Ad III. A.: Scheinbar wäre hier eine Indikationsstellung für die Beseitigung der Hindernisse der Nasendurchgängigkeit einwandfrei gegeben. Trotzdem soll und darf nicht operiert werden (außer ganz kleinen, nach vorausgegangener Exploration durch Bepinselung mit Cocain zwecks Ausschaltung der einen „verstopfenden" Komponente, teilweisen Resektionen, um den etwa verstopft nasalen Klang etwas zu bessern), weil man es sonst riskiert, das gute Resultat der Staphylorrhaphie bzw. der ihr folgenden Übungstherapie (zwecks prompter Funktion des neugeschaffenen Gaumensegels) in Frage zu stellen. Und was für die Beschränkung der Nasendurchgängigkeit hier gilt, gilt in ähnlicher Weise für die adenoiden Vegetationen bei der Rhinolalia mixta posterior.

III. B. Hier haben wir es mit vikariierenden Hilfsmitteln zu tun, die eine große Rolle bei der Produktion der Stimme und Sprache zu spielen scheinen. Sowohl über die Indikationsstellung bei III. A. wie III. B. warf Gutzmann anläßlich der Tagung der deutschen Naturforscherversammlung im Jahre 1909 (Salzburg) die Frage auf, ob, wie er es schon in einer Reihe von Fällen mit Erfolg riet, die Freilegung der Nase resp. die Resektion der Adenoiden nicht stückweise vorgenommen werden könnte, um so die Grenze für die Sprechverbesserung zu finden. Unter anderen war damals Chiari der Meinung, daß z. B. eine derartige partielle Resektion der Adenoiden sehr wohl in Betracht gezogen werden könnte und daß die Ausführung technisch ganz leicht sei. Ich bin mir dessen bewußt, daß die Durchführung derartiger partieller Operationen nicht nur auf Seite der Patienten, sondern auch seitens der Rhinologen manchen Widerstand finden wird. Aber auf die Sprache muß doch gewiß Rück-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eicht genommen werden, wenngleich das zweite Moment, das da in Betracht kommt, die fast regulär vorhandenen Hörstörungen, von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Es wird vielleicht von Interesse sein, wenn ich kurz das rekapituliere, was anläßlich der Aussprache über diesen Punkt von den diversen Diskussionsrednern angeregt wurde. So z. B. meinte Fröschels, daß die adenoiden Vegetationen zu Tubenmittelohrkatarrhen führen können, die bei ihrem chronischen Verlaufe dem Patienten sein Gehör kosten können. Es scheint das Gehör in solchen Fällen wichtiger für den Patienten zu sein als die Sprache. Chiaris Meinung bezüglich der partiellen Resektion habe ich oben schon wiedergegeben: er hat trotz großer Reste von Rachenmandeln selbst bei alten Leuten nie irgend eine Einbuße von Gehör beobachten können. M. Nadoleczny, der übrigens einer der ersten aus der Gutzmannschen Schule war, der dieses Thema (s. Literatur) in mehreren Arbeiten vorzüglich behandelte, weist mit Recht darauf hin, daß bei Gaumenspalten die Ursache der Schwerhörigkeit nicht immer die Rachenmandel ist. A. Scheibe machte auf einen Ausweg aufmerksam, den die Natur bisweilen einschlägt. „Wir sehen", sagte er, „bei Gaumenspalten außer Tubenabschlüssen nicht selten chronische Mittelohreiterungen. Wenn nach Heilung der Eiterung auf konservativem Weg die Perforation bestehen bleibt, ist das Gehör gerade in diesen Fällen meist verhältnismäßig gut. Wenn es also in den Fällen von Tubenabschluß gelingt, operativ eine permanente Öffnung im Trommelfell anzulegen, so läßt sich das Gehör bessern, ohne daß die adenoiden Vegetationen entfernt zu werden brauchen. Das ist freilich nicht leicht, aber gelingt vielleicht durch wiederholte Excision eines Trommelfellstückes resp. der Narbe." V. Urbantschitsch wies darauf hin, daß es adenoide Vegetationen gibt, die eine solche Schädigung des Ohres herbeizuführen pflegen, daß mit Rücksicht auf das Ohr eine gründliche Entfernung nötig erscheint, um tiefgreifende Veränderungen im Mittelohre zu verhüten. Dann gibt es natürlich auch A. V., die keinen Einfluß auf das Ohr ausüben. Was die Gaumenspalten betrifft, so kommt bei diesen nach seiner Erfahrung auch ohne adenoide Vegetationen die Reizwirkung auf die Tuba durch äußere Schädlichkeiten in Betracht. Bevor man also die A. V. operiert, sollte man, glaube ich, nach dieser Richtung hin genau explorieren, weil man sonst eventuell die Adenoiden nutzlos opfert, einerseits keine Verbesserung der durch andere Momente bedingten Hörschädigung erreicht, andrerseits sogar Gefahr läuft, die Sprache dauernd zu schädigen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In einem von mir in der Gesellschaft der Ärzte [7]) vorgestellten Fall — um an das früher Gesagte wieder anzuschließen — demonstrierte ich bei dem betreffenden Casus (er war wegen eines Uranoschisma von Foramitti mit bestem plastischen Resultat operiert worden) die vikariierende Tätigkeit der vergrößerten Tonsillen — sie machten der betreffenden Patientin sonst keinerlei Beschwerden, sie litt auch nicht an Anginen etc. —, die, fast kulissenartig sich gegeneinander bewegend, den Abschluß zu vollziehen mithalfen. Es ist ganz merkwürdig — pathogenetisch ist ja die Entstehung des Wolfsrachens bis heute nicht ganz klar gestellt —, daß fast in allen Fällen von Uranoschisma (Uranocolomboma) entweder stark die Nase verengernde Affektionen (in einem Falle fand ich ebenso wie Gutzmann die hinteren Enden der unteren Muscheln so stark hypertrophiert, daß sie sich der hinteren Rachenwand näherten und auch hinter dem Septum fast zur Berührung geschwollen waren, so daß sie bei der angeborenen Gaumenspalte einen von der Natur selbst gebildeten Obturator darstellten) oder adenoide Vegetationen oder vergrößerte Tonsillen oder ein besonders gut entwickelter oberster Teil des Musculus constrictor pharyngeus superior (Musculus pterygopharyngeus) i. e. ein starker Passavantscher Wulst gefunden werden. Vielleicht geht man nicht fehl, darin eine Art von teleologischer Einrichtung seitens der Natur zu erblicken und es ergibt sich von diesem Gesichtspunkte aus, natürlich unter Berücksichtigung des Punktes Gehör, von selbst die Indikationsstellung für in solchen Fällen vorzunehmende operative rhinologische Eingriffe.

Wenn wir das alles resümierend zusammenfassen, kommen wir zu folgenden Schlußthesen:

1. Jeder Fall, der rhinologisch resp. rhinopharyngologisch operiert werden soll, ist auf seine Sprache und Stimme wenigstens nach den Hauptgesichtspunkten hin zu untersuchen und ist der diesbezügliche Befund zu vermerken.

2. Fälle, aus deren Anamnese wir bereits mehrere stattgehabte rhinologische Operationen entnehmen, sind nach der phonetischen Seite hin besonders gründlich zu explorieren.

3. Fälle, die Veränderungen der Sprache resp. Stimme zeigen, aber organisch trotz sorgfältigster,

[7]) Hugo Stern, Die sprachärztliche Nachbehandlung der wegen Wolfsrachen Operierten. Sitzungsprotokoll der Gesellschaft der Ärzte in Wien. W. kl. W. 1909. Nr. 45.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gründlicher Untersuchung keinerlei pathologische Veränderungen aufweisen, sind jedenfalls als suspekt zu bezeichnen und ist hier die Indikationsstellung mit Vorsicht und Reserve zu stellen; eine exakt durchgeführte phonetische Untersuchung wird dann meist die pathologische Sprach- resp. Stimmänderung (Ausfallserscheinungen) quoad functionem zeigen und die Therapie auf eine systematische Übungsbehandlung verweisen.

4. Die Indikationsstellung ist aus den im Vorhergehenden bei den verschiedenen Formen der Rhinolalia erörterten, zu beachtenden Punkten gegeben. Die Stellungnahme zur Frage eines operativen Eingriffes ist im allgemeinen eine relativ leichte und ergibt sich in den meisten Fällen — wir haben ja nur vom phoniatrischen Standpunkt aus die Frage behandelt — bei Beobachtung der physiologischen, die Sprache und Stimme bestimmenden Verhältnisse.

5. Schwieriger ist die Indikationsstellung dort, wo neben den pathologischen Klangverhältnissen resp. in Konkurrenz mit denselben hauptsächlich zwei Momente in der Fragestellung der Indikation zur Vornahme rhino-pharyngologischer operativer Eingriffe in Erscheinung treten, und zwar 1. Verengerungen der Nase, die einen derartigen Grad aufweisen, daß sie die Atmung wesentlich behindern. 2. Hörstörungen, meist im Gefolge von adenoiden Vegetationen, die derartige sind, daß sie eine schwere Schädigung des Gehörorgans zur Folge haben können. Bei diesen Fällen wird es Sache des Laryngo-Rhino-Otologen sein, die Indikation — aber auch da, so weit es geht, mit möglichster Berücksichtigung der Sprache — zu präzisieren.

Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen und möchte nun noch folgendes betonen: Es lag nicht in meiner Absicht, eine Abhandlung über das so wichtige Gebiet der Rhinolalien zu schreiben, sondern ich wollte lediglich nur den einen Punkt: Indikations- resp. Kontraindikationsstellung besprechen und in diesem Sinne sollen meine Ausführungen sozusagen nur den verbindenden Text zu einigen für den Rhinologen wichtigen feststehenden Tatsachen bilden. Mit den Fortschritten in der Rhinologie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

versuchte auch die Phoniatrie[8]) (Stimm- und Sprachheilkunde) wenigstens einigermaßen Schritt zu halten und heute sind wir so weit, daß wir wohl sagen können: Zur klinischen Diagnostik auf diesem Gebiete gehört im Interesse einer richtigen Indikationsstellung auch die funktionelle, (experimentell-)phonetische Diagnose! Damit glaube ich aber auch einen der Wege gezeigt zu haben, der sich von der Laryngo-Rhino-Otologie zur Phoniatrie bahnt und der zum weiteren Ausbau der Beziehungen zwischen diesen zwei Spezialdisziplinen die Richtungslinien gibt.

(Fortsetzung folgt.)

Vereinsberichte.

Oto-laryngologischer Verein zu Kristiania.

Sitzung vom 11. Oktober 1917.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Uchermann führte ein **Vulnus scissum nasi** eines 10jährigen Knaben vor. Die Wunde war anfänglich so zusammengenäht, daß die Nasenspitze in der rechten Nasenhöhlung lag.

Derselbe führte das Präparat eines kastaniengroßen glatten **Tumors** vor, der von der Zunge einer etwa 35jährigen Frau hinten in der Mittellinie entfernt worden war. Es stellte sich heraus, daß er aus

---

[8]) Ich führe an dieser Stelle zum ersten Male den Ausdruck Phoniatrie ein. Für alle medizinischen Disziplinen haben wir Bezeichnungen, die in der internationalen Gelehrtenwelt allgemeine Geltung haben. Für unsere Spezialdisziplin ist das bis nun nicht der Fall gewesen. Die vor einigen Jahren eingeführte Bezeichnung „Logopädie" (Fröschels) scheint mir nicht glücklich gewählt, da damit teils nur der geistige Inhalt der Sprache, teils bezüglich der Therapie der pädagogische Zug gekennzeichnet erscheint. In Betracht kämen noch: Lalopathie und Phemiatrie, welche aber beide ebenfalls nicht das Wesen der Sache treffen. Ich glaube mit der Einführung der Bezeichnung „Phoniatrie" das Richtige gefunden zu haben, sie beinhaltet — auch die Philologen bestätigten es mir — alle in das Gebiet des Stimm- und Spracharztes fallenden Affektionen sowie deren ärztliche Behandlung. Nicht in letzter Linie möchte ich damit auch eine gewisse selbständige Stellung dieser Fachdisziplin charakterisiert haben. Die Phoniatrie hat wohl fast zu allen anderen medizinischen Disziplinen (sowie insbesondere zur Phonetik, Psychologie, Philologie und Physik) enge Beziehungen, sie hat aber in den letzten zwei Dezennien derartige Fortschritte gemacht, daß ihr Ausbau zu einem selbständigen Fache wohl nur eine Frage kurzer Zeit sein dürfte. Dr. Stern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Thyreoideagewebe bestand (path.-anatomisches Institut). Die Geschwulst erzeugte einige nervöse Empfindungen im Rachen. Die Schilddrüse selbst erschien normal.

Derselbe besprach den Fall eines **Larynxabscesses** bei einem 40jährigen Landmann. Nach einer Erkältung stellten sich 8 Tage vor der Aufnahme allmählich zunehmende Halsschmerzen beim Schlucken ein, in den letzten Tagen auch Dysphagie und Dyspnoe. Die Untersuchung erweist starkes Ödem der Vorderfläche des Kehldeckels sowie Rötung und Schwellung der linken Plica ary-epiglottica abwärts gegen das Stimmband hin, das nicht zu sehen ist. Det. Salicyl. natric. Am nächsten Tage spontane Öffnung des Abscesses innen und hinten in der Höhlung des Kehlkopfes, worauf die Schwellung rasch abnahm. — Abscesse des Kehlkopfes sind verhältnismäßig selten, kommen meist nach Traumen (Fremdkörpern) vor, was hier nicht nachgewiesen werden konnte.

Derselbe führte einen 15jährigen, an **Tuberculosis nasi et maxillae superioris** leidenden Knaben vor. An der rechten Wange war eine knotige, vom Periost ausgehende Schwellung zu sehen. In der rechten Nase, am Septum und den Conchae zahlreiche Ulcerationen und Infiltrate. Die Nase wurde durch Außenschnitt geöffnet und die Weichteile der Wange von der Vorderfläche des Oberkiefers gelöst. Es ließen sich keine tuberkulösen Herde nachweisen, nur verdicktes Periost. Das Septum wurde teilweise entfernt (Fensterresektion). Eine spätere Untersuchung des Antrum Highmori ergibt in der Höhlung nur verdickte Schleimhaut, keine Tuberkeln.

Derselbe führte die **pyämische Temperaturkurve** eines 32jährigen Mannes vor, der wegen Mastoiditis operiert worden war. Der Befund war der gewöhnliche, die Sinuswand war oben am Knie vielleicht etwas verdickt, keine Thromben. Nach Abheilung der Wunde hatte er noch zwei Monate lang bei normalem Gehör, ohne Frostanfälle, ohne Metastase und — abgesehen von etwas Kopfschmerzen abends im Genick — bei völligem Wohlbefinden eine pyämische Temperaturkurve mit Abendtemperatur bis zu 39°. Aspirin und Antifebrin verblieben ohne Wirkung; nachdem er einige Tage lang Pyramidon (0,30 t. p. d.) gebraucht hatte, fiel die Temperatur auf ihr normales Niveau, mit Ausnahme eines Abends, wo sie nach einem warmen Bade etwas stieg. Als Ursache läßt sich hier eine toxische (?) Störung des Wärmeregulierungszentrums annehmen.

Derselbe teilte mit, daß während seiner Abwesenheit anfangs August d. J. der in der vorigen Sitzung besprochene Fall eines **Frontallappenabscesses** an einem Rezidiv gestorben sei. — Der früher besprochene Fall einer Larynxstenose bei einem Kinde (behandelt durch Spaltung der Stenose und Aufblockung nach Uchermanns Methode) ist als geheilt entlassen worden.

Leegaard führte vor:

1. Das Präparat eines **großen retronasalen Sarkoms** eines 4½jährigen Mädchens mit tödlichem Verlauf und Metastase der Leber. (Demonstration des mikroskopischen Präparates).

2. Einen 17jährigen jungen Mann, der wegen eines **retronasalen Fibroms** — Rezidiv nach einer Operation vor 1½ Jahren — operiert worden war.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

(Die Fälle werden später näher beschrieben werden.)

Gording: **Drei Fälle von Wunddiphtheritis nach einer Mastoidalaufmeißelung.**

Wunddiphtheritis gehört glücklicherweise zu den sehr selten vorkommenden Komplikationen. In diesem Falle war die Ansteckungsquelle bei einem kleinen Patienten mit einer wenig hervortretenden und darum von dem betreffenden Arzte nicht diagnostizierten Nasendiphtheritis zu suchen. Bei zwei der angegriffenen Patienten wurden Diphtheriebacillen sowohl in der Wundhöhle wie in Nase und Hals nachgewiesen. Bei dem dritten Patienten glückte es aber, trotz der wiederholt von Hals, Nase und Wundfläche entnommenen Proben nicht, Bacillen nachzuweisen, wohl darum, weil einige Tage vor der Anordnung der Probezüchtung 1%ige Lapisumschläge in der Wundhöhle angelegt worden waren. Daß man es auch hier mit Bacillen zu tun hatte, erwies zunächst das diphtheroide Aussehen der Wunde und ferner der Umstand, daß die Mutter des Patienten etwa 3 Wochen, nachdem das Kind, um zu Hause isoliert zu werden, aus der Klinik entlassen worden war, von einer heftigen Halsdiphtheritis befallen wurde, die eine besonders energische Serumbehandlung (16.000 I.-E.) erforderte.

Gording: **Ein Fall geheilter otogener Meningitis.**

Patientin ist ein 16jähriges Mädchen. Rechtsseitige Otitis med. acuta seit etwa einer Woche, während der beiden letzten Tage vor der Aufnahme in die Klinik zugleich heftiger Kopfschmerz, Schwindel und unaufhörliches Erbrechen. Bei der Untersuchung fand man alle Anzeichen einer rechtsseitigen akuten Mittelohrentzündung ohne vorherrschende Labyrintherscheinungen. Fl. etwa 1 *m*, Weber lateralisiert nach r. Horizontaler Nystagmus nach der kranken Seite. Weder Stauungspapille, noch Genickstarre oder Lähmungen. Sensorium klar, aber heftiger Stirnkopfschmerz. Harn ohne Albumen noch Zucker. Temp. 38,2, P. 80, regelmäßig.

Während der Operation — zunächst Aufmeißelung unter Bloßlegung des normalen Sinus und der Dura, danach Radikaloperation — fand man in den Zellen seröses Sekret und im Antrum Eiter. Die Lumbalpunktion förderte trübe Cerebrospinalflüssigkeit zutage, die im Zentrifugalbodensatz Massen von Leukocyten und extracellulare Gram-positive Diplokokken enthielt. Es wurde Urotropin 2 *g* bih. per rectum in den beiden ersten Tagen verordnet, später, als das Erbrechen aufhörte, ½ *g* bih. per os.

Die Lumbalpunktionen wurden im Laufe von 17 Tagen 13mal vorgenommen, wobei ohne besonders erhöhten Druck (80—150) von 15—50 cm^3 Flüssigkeit entleert wurde, die in 10 von 13 Fällen mehr oder weniger trübe war und zweimal Diplokokken enthielt.

Der Zustand der Patientin war während dieser Behandlung im ganzen zufriedenstellend, es waren weder Kopfschmerz noch Übelkeit oder Erbrechen vorhanden. In der Regel stieg die Temperatur abends auf 37,5 bis 37,7 mit einigen temperaturfreien Tagen dazwischen. P. 80—100. Am 15. Tage nach der Aufnahme enthielt der Harn große Mengen Albumen, doch kein Blut. Die Diurese hatte abgenommen. Urotropin wurde daher sofort sistiert. Am selben Tage verschlechterte sich der Zustand zusehends. Die Patientin klagte über anhaltenden Kopfschmerz sowie Übelkeit und fühlte sich schlaff und unwohl. Abendtemperatur 39,2. Während

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der beiden nächsten Tage immer noch viel Albumen im Harn und dasselbe schlechte Allgemeinbefinden. An beiden Tagen hohe Abendtemperatur, 38,2 und 39,2, und niedrige Morgentemperatur, 36 und 37. Am 3. Tage nach dem erstmaligen Nachweis von Albumin im Harn nahm die Eiweißmenge erheblich ab. Am selben Tage stellte sich Euphorie ohne Steigen der Abendtemperatur ein. Seitdem sind Temperatur und Puls normal. Weder Kopfschmerz noch Übelkeit. Guter Appetit. Die Wundheilung verlief ohne Komplikationen. Die Patientin wurde später als geheilt entlassen.

Betreffs des berichteten Falles sei bemerkt, daß das Hauptgewicht der Behandlung darauf gelegt wurde, durch die vorgenommene Radikaloperation die weitere Infektion vom Mittelohr aus zu verhindern, ob nun das infektiöse Agens durch Fiss. petro-squamosa zu den Meningen gedrungen war oder andere Wege gesucht hatte. Inwiefern die weitere Behandlung der Meningitis an sich — die Lumbalpunktionen und das Urotropin — eine Rolle bei der Heilung gespielt hat, darüber läßt sich mit Sicherheit kaum etwas sagen, doch gibt es dabei einige Momente, die einer näheren Beachtung wert sind.

Die Lumbalpunktionen, die auch deshalb mit angewendet wurden, weil sich die Eltern der Patientin weiteren Eingriffen widersetzten, scheinen auf Aussehen und Gehalt der Cerebrospinalflüssigkeit keinen sonderlichen Einfluß gehabt zu haben. Das trübste Aussehen hatte dieselbe bei der 1., unmittelbar im Anschluß an die Operation vorgenommenen Punktion. Später wurde sie um vieles klarer, ganz klar bei der 4. Punktion. Im weiteren Verlauf war sie bald klar, bald wiederum trübe. Bei der drittletzten Lumbalpunktion zeigte sich die Flüssigkeit deutlich, wenn auch nur wenig unklar. Der Druck war ebenfalls wechselnd, von 80—150, bei den letzten Punktionen etwa 120. Eine mikroskopische Untersuchung erfolgte 4mal, und zwar nach der 1., 5., 7. und 8. Punktion. Mikroben, Diplokokken, wurden beim 1. Mal sowohl direkt wie in Züchtungen nachgewiesen, beim 5. und 7. Mal war die trübe Cerebrospinalflüssigkeit dagegen frei von Mikroben, während in der völlig klaren Lumbalflüssigkeit der 8. Punktion wiederum sowohl direkt wie in Züchtungen Diplokokken nachgewiesen wurden.

Auch hat die Urotropinbehandlung annehmbarerweise keinen sonderlichen Nutzen gehabt. Hexamethylentetramin an sich ist bekanntlich Bakterien gegenüber ganz indifferent, da es antiseptisch nur durch die Bildung von Formaldehyd wirkt, das aber nur in seiner Auflösung abgebaut wird. Da aber in diesem Falle die Cerebrospinalflüssigkeit die ganze Zeit über eine unverkennbar alkalische Reaktion zeigte, läßt sich diesem Medikamente in therapeutischer Beziehung kaum mit Recht eine Bedeutung zumessen.

Erhebliches Interesse bietet die gleichzeitig mit dem starken Eiweißgehalt des Harns eintretende hohe Temperatur und ausgeprägte Verschlechterung des Zustandes der Patientin. Da die Temperatur nachließ und das Allgemeinbefinden sich besserte, sobald das Urotropin sistiert wurde und das Eiweiß im Harn entschiedenen Rückgang zeigte, kann man nicht umhin zu vermuten, daß hier wohl ein ursächliches Verhältnis vorgelegen habe. Eine mikroskopische Untersuchung, ob eine akute Nephritis tatsächlich vorhanden war oder nicht, wurde leider nicht angestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Referate.

Allgemeines.

Calciumtherapie. Von Dr. F. Schilling, Leipzig. (Ther. d. Gegenw. Oktober 1916. S. 384 ff.)

Emmerich und Loew haben der Calciumtherapie den Boden geebnet und empfehlen sie für die Bekämpfung des Heufiebers, zur Regulierung des Nervensystems, Verminderung des Blutdruckes in den Gefäßen, Herabsetzung der Sekretion der Schleimhäute und zur Verhütung ihrer Entzündung, ferner zur Begünstigung der Phagocytose. Nach Jacoby sind Calciumpräparate Entgiftungsmittel des Blutes und der Nährflüssigkeiten, sie wirken entzündungshemmend, verdichtend auf die Nierenfiltration und schützen gegen Exsudation und Transsudation. Ähnlich berichten Meltzer und Kayser, die gute Erfolge von 5% Calc. lact. und 10% Calc. chlorat. sahen.

Hofmann läßt bei Bronchialkrampf heiße Calciumdämpfe inhalieren und beseitigt damit die Exsudation. Kayser sah von 25 Asthmatikern bei 20 Erfolg, jedoch erst vom 3.—4. Tag an, bisweilen erst nach 14 Tagen. Rezept: Calc. chlorat. pur. krystall. 20,0, Syr. simpl. 40,0, Aq. dest. ad 400,0. S. 2stündl. 1 Eßlöffel in Wasser oder Milch.

Jaworski verordnet als Deckmittel auf die erkrankte Schleimhaut Calc. carbon., Calc. salicyl. aa. 2,0, 1 Liter Wasser, von welcher Lösung jedesmal nach dem Essen ein Glas getrunken wird. Später wird nachträglich noch nüchtern ein Glas Calc. carb. 4,0, Calc. salicyl. 3,0 in einem Liter kohlensäurehaltigem Wasser genommen. Wenn Kalkwassergeschmack nicht zusagt, statt Wasser Karlsbader Sprudel nehmen. Man kann das Kalkwasser auch mit Condurangoextrakt oder Kolumbawein korrigieren.

F. Schlemmer.

Personalien.

Verliehen: Dem a. o. Prof. Dr Gustav Alexander der Titel eines ordentl. Professors.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Zange in Jena zum a. o. Professor für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde.

Habilitiert: Dr. Siegfried Gatscher in Wien zum Privatdozenten für Ohrenheilkunde.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Priv.-Doz. Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang 10. Heft
(Oktober)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b
WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919

Monatlich erscheint 1 Heft

Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

☞ *Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr.* ***Ernst Urbantschitsch,*** *Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* ***H. Marschik,*** *Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis

Laryngo-Rhinologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. Hugo Stern-Wien: Die Indikationsstellung für rhinologische Operationen bei den Rhinolalien vom phoniatrischen Standpunkte. (Mit 9 Figuren.) (Fortsetzung und Schluß) 601

Vereinsberichte

Oto-laryngologischer Verein zu Kristiania. Sitzungen vom 13. Dezember 1917 und 28. Februar 1918 619

Referate

I. Allgemeines 623
II. Nase und Nebenhöhlen 624
III. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse 626
IV. Kehlkopf 627
V. Trachea, Bronchien, Oesophagus 627
VI. Hals, Schilddrüse, Thymus, Mediastinum 628

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

SUPRARENIN

(o-Dioxyphenyläthanolmethylamin)

Mächtiges

Adstringens Hämostatikum Kardiotonikum

Eigenschaften:

Chemisch rein, gut haltbar, zuverlässig, konstant wirksam.

Indikationen und Dosierung:

INJEKTIONEN: Zusatz zu Lokalanästhetieis; Blutungen, toxische Blutdrucksenkung, Kollaps, Asthma, Osteomalazie usw.
0,05—1 ccm der Solutio 1:1000—10000.

INTERN: Interne Blutungen, bazilläre Dysenterie, Vomitus gravidarum, Pertussis, Urticaria usw.
1—4 ccm der Solutio 1:1000 bzw. 1—4 Tabletten zu 1 mg.

EXTERN: Lokale Blutungen und Entzündungen, Tubenkatarrh und blutende Mittelohrpolypen, Nebenhöhlenempyem, Epistaxis, Heufieber, Pruritus, Ekzeme. Bei Asthma als Inhalationsspray. Ferner zur diagnostischen Abschwellung.
1:1000—10000 als Lösung, Salbe, Schnupfpulver, Spray.

Originalpackungen:

LÖSUNG 1:1000. Flaschen mit 5, 10 u. 25 ccm. 10 Ampullen zu 0,5 bezw. 1 ccm.

TABLETTEN 1 mg. Röhrchen mit 20 Stück.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 10. Heft.

Nachdruck verboten.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Abteilung für Sprach- und Stimmkrankheiten am Kaiser Franz Josef-Ambulatorium-Jubliäumsspital.

Die Indikationsstellung für rhinologische Operationen bei den Rhinolalien vom phoniatrischen Standpunkte.

Von Dr. **Hugo Stern**, Vorstand obiger Abteilung.

(Mit 9 Figuren.)

(Fortsetzung und Schluß.)

II. Teil (Anhang).

Die Untersuchungsmethodik der Rhinolalien.

Obwohl ich die Absicht hatte, bei der Besprechung des gestellten Themas die Methodik der Untersuchung nicht weiter in den Kreis meiner Ausführungen zu ziehen, so ergab die Behandlung des Themas trotzdem die Notwendigkeit, auch auf diesen Punkt einzugehen; ich tue es hiermit nur in ganz kurzer Form und erlaube mir bezüglich der Details auf das beigefügte Literaturverzeichnis hinzuweisen.

Um das Wesen der „Nasalität", mit welchem Begriff ich nicht nur den nasalen Klang der menschlichen Stimme, sondern auch den nasalen Beiklang und Mitklang bezeichnen möchte, experimentell zu erforschen und derart die klinische Diagnose stützen zu helfen, gibt es eine ganze Reihe von Untersuchungsmethoden, die ich nun besprechen will.

Zunächst wird das bloße Hören über die Nasalität resp. über das Bestehen einer Rhinolalie Aufschluß geben können. Wenngleich ich betonen möchte, daß eine spezielle Begabung, wie über eine solche manche Menschen verfügen, hierfür sicher in hohem Grade förderlich ist, so muß ich doch andrerseits sagen, daß jeder mit normalem Gehör Begabte es

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Übung und Disziplinierung bis zu einem gewissen Grade eines „feinfühligen" Hörens bringen kann. Aber üben muß man das, und zwar nicht nur flüchtig, etwa bei der Diagnosestellung eines Falles, sondern systematisch, man muß sein Gehör disziplinieren, auch feinste Unterschiede differenzieren zu können. Ich selbst verfüge seit meiner Jugend über ein feines Gehör und trotzdem muß ich sagen, daß ich erst dadurch, daß ich seit zirka 20 Jahren — in welcher Zeit ich mich damals viel mit dem Taubstummenunterricht befaßte — mein Gehör auf akustische Differenzen einstelle und immer wieder aufs neue mich darin übe, eine gewisse Vervollkommnung erreicht habe. Es ist beim Gehör wie eben bei allen Sinnesreizen und man muß nur staunen, bis zu welch hohem Grade man es durch Übung darin bringen kann. Ich meine also, daß jeder Laryngo-Rhino-Otologe diesem Punkte seine Aufmerksamkeit zuzuwenden hätte und daß man schon durch das bloße Hören verschiedene Formen der Rhinolalien zu diagnostizieren vermag.

Auch das Tastgefühl, die Palpation, dient dazu, um uns über hierher gehörige Probleme zu informieren. Das Tasten der Vibrationen an den Wangen, an der Nase etc., die Differenzen in den auftretenden Vibrationen und die mit denselben im Zusammenhange stehenden Veränderungen der Klangphänomene tragen dazu bei, um uns über gewisse Probleme der Nasalität zu orientieren. Ich selbst habe diese Vibrationen — allerdings nicht in bezug auf die Nasalität — am Schädel und am Thorax studiert[9]) und in dieser Arbeit auf die wertvollen Untersuchungen Dr. Eugen Hopmanns, der sich mit den Vibrationsbezirken im Gesicht (Nase, Wangen etc.) beschäftigte, hingewiesen. Ich ließ die Vibrationen durch das Getast von Blinden[10]), die ja bekanntlich über ein selten feines Tastgefühl disponieren, bestimmen resp. nachkontrollieren und habe auch jetzt wieder zur Kontrolle von Nasenvibrationen Blinde herangezogen. Auch Fröschels verwendet das Tastgefühl, indem er darauf hinweist, daß das Durchströmen der Sprechluft durch die Nase ein starkes Vibrieren der Nasenwand erzeugt, das am deutlichsten an den Nasen-

[9]) Hugo Stern, Gesangsphysiologie und Gesangspädagogik in ihren Beziehungen zur Frage der Muskelempfindungen und der beim Singen am Schädel und am Thorax fühlbaren Vibrationen. Mschr. f. Ohrhlk. 1912. H. 3.

[10]) In der erwähnten Arbeit hat sich seinerzeit bei Drucklegung ein Fehler eingeschlichen, indem von der Kontrolle seitens Taubstummer gesprochen wird. Ich benützte wohl auch das Gefühl der Taubstummen, welches zuweilen ganz hervorragend entwickelt ist, wertvollere und noch präzisere Angaben machten mir aber Blinde. Dr. Stern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

flügeln zu fühlen ist. Legt man die Fingerbeere an dieselben, so kann man sich überzeugen, daß das durch die oral gebildeten Laute entstandene Vibrieren schwach ist. Zur Differentialdiagnose zwischen Mundlaut- und Nasenlautvibration empfiehlt er folgendes Verfahren: „Man läßt die Versuchsperson den betreffenden Laut sehr lange anhalten und verschließt mit Zeigefinger und Mittelfinger beide Nasenlöcher. Hört dadurch das Vibrieren allmählich auf, so geht die Sprechluft in die Nase; denn das Sistieren der Erschütterung der Nasenwand ist dadurch zu erklären, daß ein immer größeres Quantum einströmender und dort gestauter Luft wie ein elastisches Kissen wirkt und das Schwingen der nachkommenden Luftsäule verhindert. Besteht hingegen das Vibrieren weiter, so ist es nur vom Munde aus auf die Nase übertragen. Da die Nasenhöhle in diesem Falle immer dasselbe Luftquantum enthält, so wird dieses auch während des Zuhaltens der Nase weiterschwingen können." Was ich bezüglich der Übung beim Gehör sagte, gilt auch für das Getast (wir fassen damit nach Gutzmann Muskel-Gelenk- und -Tastempfindungen im engeren Sinne zusammen), auch das läßt sich mit der Zeit erheblich vervollkommnen.

Nun kehre ich zur Auskultation wieder zurück und möchte die Aufmerksamkeit auf eine Probe lenken, die eigentlich wenig bekannt ist. H. Schlesinger hat nämlich in einer Anzahl von Fällen gefunden, daß sich die näselnde Sprache stark ändert, je nachdem sich der Patient in horizontaler oder vertikaler Lage befindet. Besonders in Fällen von Sklerosis multiplex und cerebrospinaler Lues, die eine auffallende näselnde Sprache hatten, konnte Schlesinger die Änderung der Sprachstörung bei Lagewechsel konstatieren. Die Erklärung für dieses interessante Phänomen ist wohl dadurch gegeben, daß bei aufrechter Haltung das Velum herunterhängt, während bei der Horizontallagerung durch die passive Stellung des Velum der Spalt zwischen ihm und der hinteren Rachenwand sich bedeutend verkleinert, was ja beim Sprechakt selbst noch eklatanter wird, so daß die Sprachanomalie stark in den Hintergrund tritt. Diese H. Schlesingersche Probe ist für viele Fälle von Rhinolalia aperta — nicht immer gelingt sie, das hängt offenbar mit individuellen Verhältnissen zusammen — praktisch gut verwertbar. Ich habe mich ihrer in einer ganzen Reihe von Fällen, wo es sich um ein an und für sich normal langes Gaumensegel handelte und wo die bloße Inspektion keinerlei Veränderungen zeigte, dabei aber infolge einer gewissen Schwäche (Hypoinnervation) kein genügender Nasenrachenraumabschluß stattfand und infolgedessen der betreffende Patient deutlich näselte, bedient und kann auf Grund meiner Erfahrungen diese einfach durchzuführende Probe zur weiteren Nachprüfung bzw. Nutzanwendung empfehlen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Noch prägnanter ist die von meinem verehrten Lehrer Hermann Gutzmann angegebene sogenannte „A-I-Probe". Man läßt die Vokale A-I hintereinander sprechen, und zwar indem man einmal die Nase offen läßt, das nächste Mal wieder zuhält. Es zeigt sich dann beim normal Sprechenden ein nur kaum ins Gewicht fallender Klangwechsel. Dagegen finden wir eine charakteristische Klangänderung bei der Rhinolalia aperta. Die Klangänderung — ein starkes Hervortreten des Näselns — beweist nämlich, wie Gutzmann sagt, daß ein Teil der tönenden Luft in das Cavum pharyngo-nasale gelangt und dort eine besondere Resonanzwirkung hervorruft. Ich finde die Erklärung für diese so instruktive, leicht durchführbare Probe in der uns aus der Physik bekannten Tatsache gegeben, daß nämlich die Resonanz eines Hohlraumes und die Erschütterung seiner Wände um so größer ist, je mehr die Luft eingeschlossen ist und je schwerer sie abfließen kann. Diese H. Gutzmannsche A-I-Probe ist so fein, daß man sie selbst bei ganz leichten Paresen diagnostisch verwerten kann. So hat sie mir in zahlreichen Fällen z. B. von beginnender Bulbärparalyse, wo die sonstige Sprache kaum noch eine Veränderung nach der Rhinolalia aperta erkennen ließ, gute Dienste geleistet. Auch in manchen Fällen von infantiler Form von Pseudobulbärparalyse, wo sich die Diagnose hauptsächlich auf die Untersuchung des Velum stützt, bewährt sich dieses diagnostische Hilfsmittel ganz außerordentlich. Und schließlich konnte ich in einigen Fällen, die mich wegen anderer im Laufe der Zeit aufgetretener Sprach- oder Stimmaffektionen konsultierten und wo, was die Nasalität anbelangt, die Sprache keinerlei besondere Beeinträchtigung zeigte, durch das Anstellen dieser Probe, die positiv ausfiel, lediglich auf Grund eben dieses positiven Ausfalles der A-I-Probe die Diagnose auf eine seinerzeit stattgehabte infantile Form der Pseudobulbärparalyse stellen. Eine genau erhobene Anamnese ergab dann die Bestätigung, daß sich im Geleit einer cerebralen Kinderlähmung seinerzeit der Symptomenkomplex der Glossopharyngolabialparalyse (Oppenheim, Wagner, Peritz, Halban, Freud) entwickelt hat, von dem als einziges Residuum die ganz leichte, sonst kaum bemerkbare Parese des Velum zurückblieb. Es ist klar, daß diese diagnostische Probe, die schon, wie wir sehen, bei ganz geringgradigen Differenzen positive Befunde ergibt, in Fällen von Rhinolalie zur engsten und wichtigsten Untersuchungsmethodik gehört und daher von jedem Laryngo-Rhino-Otologen praktiziert werden sollte, und dies um so mehr, als sie die denkbar einfachste, ohne Instrumente durchführbare, dabei durchaus zuverlässige Untersuchungsmethode darstellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die nun folgenden diagnostischen Untersuchungsmethoden basieren auf der direkten Auskultation des veränderten Klangcharakters der Sprache. Auch sie sind relativ einfach durchzuführen. Nehmen wir ein etwa 40 *cm* langes Gummirohr, das an einem Ende mit einer für die Nase passenden Olive versehen ist und am anderen Ende einen olivenförmigen Ansatz für das Ohr trägt, so haben wir ein Gutzmannsches Nasenhörrohr vor uns. Die Bohrung der Nasenolive soll nach diesem Autor wesentlich weiter sein, als man das gewöhnlich (meist haben sie $1^1/_2$—2 *mm*) findet, weil dadurch die bei kleiner Öffnung vorkommenden Verschließungen derselben durch Anlagerung an die seitliche Wand der Nase oder an vorspringende Teile der unteren Muschel vermieden werden. Nach dem Vorschlage Gutzmanns verwende ich Oliven mit einer Bohrung von 4—5 *mm*. Mit diesem Nasenhörrohr ist man nun in der Lage, sowohl das Phänomen des Verstopftseins i. e. der Unbewegtheit der Luft bei der Rhinolalia clausa wie insbesondere den fehlerhaften Durchschlag bei der Rhinolalia aperta zu bestimmen. Nebenbei sei bemerkt, daß man dieses Nasenhörrohr sowie das von mir modifizierte Y-förmige nicht nur zur Diagnose, sondern auch direkt für die Therapie verwenden kann. Durch die damit mögliche Selbstauskultation ist nämlich der Patient in der Lage (insbesondere in Fällen von Wolfsrachen, aber auch sonst bei Rhinolalia aperta) die Übungstherapie — Erlernung der Ableitung des Luftstromes von der Nase — wesentlich zu unterstützen. Emil Fröschels ging einen Schritt weiter und gab ein Nasenhörrohr an, das — eine Röhre von zirka $1^1/_2$ *mm* im Durchmesser und etwa 12 *cm* lang wird längs des unteren Nasenganges eingeführt — es ermöglicht, die einzelnen Partien abzuhorchen und Rückschlüsse auf den Kontraktionszustand des Velum zu ziehen. Für die Differentialdiagnose zwischen der Rhinolalia clausa posterior organica und der Rhinolalia clausa functionalis empfiehlt er folgenden Vorgang: „Man führt durch die unteren Nasengänge je ein ohrkatheterförmiges, vorne mit einem kleinen horizontalen Blättchen versehenes Instrument bis zum weichen Gaumen ein und läßt dann einen Laut oder ein Wort (z. B. zwanzig oder Name) sprechen, während man einige Male einen kräftigen Druck auf das Palatum molle ausübt; dann hellt sich unter diesem Druck bei der Rhinolalia clausa palatina (functionalis) die Sprache auf, weil ja jetzt, nach Überwindung des Krampfes, Luft vom Munde in die Nasenhöhle eindringen kann, während bei der nasalen (Rhinolalia clausa organica) Form kein Klangunterschied entsteht, da ja auch die jetzt überschüssig einströmende Luft an den Formenveränderungen ein Hindernis findet.“ Fröschels selbst gibt an, daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diese seine Methode etwas schmerzhaft sei und wohl nur unter Cocainisierung durchgeführt werden könne. Deshalb empfiehlt er folgende zweite Explorationsmethode. Das von ihm angegebene Nasenhörrohr wird durch den unteren Nasengang bis über den weichen Gaumen eingeführt; man läßt nun einen Vokal sprechen und hört, ob über dem weichen Gaumen ein Resonieren hörbar ist oder nicht. Besteht keine Resonanz, so muß sie vom weichen Gaumen selbst aufgehalten werden; es besteht also ein Krampfzustand des Organes; ist jedoch die Resonanz mit dem Instrument wahrnehmbar, während doch die „tote Sprache" besteht, so liegt die nasale Form vor. Ich selbst habe das angegebene Verfahren an mir und einigen Fällen erprobt und kann dessen Wert bestätigen; das allerdings mit einer gewissen Einschränkung. Ohne Cocainisierung ist nämlich die Untersuchung nur schlecht durchführbar; nimmt man aber wieder mehr Cocain, so verschieben sich schon dadurch allein die klanglichen Verhältnisse, wie ich mich überzeugt habe, nicht unerheblich und der Wert dieser Probe ist dann in Frage gestellt. Ein anderes Moment, das Experimentalphonetiker ins Treffen führen, nämlich, daß die Einführung von explorierenden Apparaten in Mund- oder Nasenhöhle wegen Auftretens von Reflexbewegungen möglichst zu vermeiden sei, kommt gerade hier nach meiner Erfahrung etwas weniger in Betracht; allerdings muß man diese Untersuchungsmethode technisch gut eingeübt haben, weil sonst leicht Fehlerquellen unterlaufen. Wie gesagt, in Fällen, die nicht zu empfindlich sind und in welchen schon mit geringen Quantitäten von Cocain eine gewisse Anästhesie erreicht werden kann, ist das von Frösch'els angegebene Verfahren gut anwendbar.

Es sei mir nun gestattet, über eigene diesbezügliche Untersuchungen zu berichten. Die Voruntersuchungen reichen auf Jahre zurück, sie wurden jedoch durch meine militärische Dienstleistung leider unterbrochen und ich habe dieselben erst seit einigen Monaten wieder aufgenommen. Die Frage, die sich mir stellte, war folgende: Welche Art von Untersuchung könnte dazu führen resp. es ermöglichen, in das Wesen der Nasalität weiter vorzudringen und so vielleicht manche die Rhinolalien betreffenden Fragen lösen zu können? Die Antwort glaubte ich darin zu finden, daß ich wieder zur direkten Auskultation zurückkehrte, aber eine Versuchsanordnung wählte, die meines Wissens für die Frage der Nasalität bisher noch nicht angewendet wurde.

Im Jahre 1915 publizierte Réthi eine Arbeit, die sich mit Untersuchungen über die Nasenresonanz und die Schalleitung im Kopfe und im Halse beschäftigte. Seine Versuche zeigten, „daß die in der Mundhöhle beim Anlauten stattfindenden Erschütterungen der Luft nicht oder wenigstens in nicht nachweisbarem Maße auf den Gaumen über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tragen werden und daß hierbei die in der Nase enthaltene Luft nicht auf dem Wege durch den Gaumen in Vibration gerät". Réthis weitere Untersuchungen wurden an Leichenköpfen vorgenommen, wobei er sich behufs Untersuchung der Schalleitung durch den Kehlkopf und die verschiedenen Teile des Kopfes der von Siegmund Exner angegebenen Untersuchungsmethode mit dem Mikrophon bediente. Das Resultat dieser interessanten Untersuchungen, die damals noch nicht beendet waren, ist:

1. Die im Kehlkopf durch Vibrationen der Stimmbänder erzeugten Schallwellen pflanzen sich in den festen und weichen Teilen der Sprachorgane in solchem Maße auf die Nasenhöhle fort, daß die in derselben entstandenen Lufterschütterungen nachgewiesen werden können.

2. Die in den Stimmbändern entstandenen Schallvibrationen werden nicht nur auf die Knorpel bzw. Knochen des Kehlkopfes übertragen, sondern ihre Leitung findet auch auf größere Strecken statt, die teils aus Weichteilen, teils aus Knochen bestehen. Auf diese Weise wird auch der Scheitel durch den tönenden Kehlkopf in Mitschwingung gebracht.

3. „Die in der Nasenhöhle vorhandene Luft wird also in erster Linie durch die vibrierenden Begrenzungen in Vibration versetzt. Dabei dürften wohl auch die Nebenhöhlen der Nase, und zwar nicht nur die relativ große Kieferhöhle allein, eine nicht unbedeutende Rolle spielen."

Meinen Versuchen — ich möchte diese Zeilen also nur als vorläufige kurze Mitteilung aufgefaßt wissen — liegt folgender Gedankengang zugrunde: Bei der Art des Wesens der Nasalität ist es wohl von Interesse zu wissen, inwieweit beim Zustandekommen eines nasalierten Lautes die drei Faktoren

1. die Architektonik der Nasenhöhlen,
2. die des harten und weichen Gaumens und schließlich
3. die Architektonik des supra- und infrapalatalen Raumes

beteiligt sind. Um der Beantwortung der Frage näher zu treten, wählte ich folgende Versuchsanordnung: Von einem Gummischlauch, dessen eines Ende mit einem oder zwei Höransätzen verbunden ist, geht ein Rohr mit sechsfacher Gabelung ab. Von jeder dieser Gabelungen geht wieder ein Gummischlauch ab, an dessen Ende ein phonendoskopartiger Ansatz (derselbe ist ganz klein) befestigt ist. Die Versuchsperson nimmt nun eine derartige Stellung ein, daß die erste Abzweigung mittelst eines Bandes oder mit Gummiklebestreifen oberhalb der Nasenwurzel befestigt werden kann. Das zweite Phonendoskop wird beim Experiment auf den Nasenrücken gelegt, eventuell ebenso wie das erste befestigt resp. mittelst eines Stativs mit entsprechendem Arm in der gewünschten Stellung am

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nasenrücken festgehalten. Schlauch III wird (hier habe ich statt des phonendoskopartigen Ansatzes mich eines kleinen, dünnen, etwa 3 *cm* langen Nasenhörrohres bedient) in den unteren Nasengang eingeführt. Der IV. Ansatz (entsprechend gebogen) wird am harten Gaumen angesetzt und der V. möglichst weit in den Nasenrachenraum — ich gab dem hier angewandten Glasansatzstück eine Biegung, die für jeden einzelnen Fall nach der Höchsterhebung der Zunge beim Produzieren des i bestimmt würde, um nicht nur das a (Flachlagerung der Zunge), sondern auch während des Sprechens (und Singens) das Experiment machen zu können — eingeführt. Der VI. Schlauch wird am Pomum Adami befestigt. Eine VII. Abzweigung ließ ich gelegentlich am Schädel die Vibrationen aufnehmen. Es ist von Vorteil, die Schlauchansatzstücke nicht zu kurz machen zu lassen — also zirka 80 *cm* vom Hauptansatzstück —, um beim Experimentieren nicht behindert zu sein. Bei meinen ersten Versuchen ließ ich Ansatzstück IV und V von einem Assistenten in die gewünschte Stellung bringen, in der letzten Zeit bediene ich mich eines Stativs, das mit entsprechenden Haltern (Armen) versehen ist und die Ansatzstücke in der gewünschten Position festhält.

Lasse ich nun einen Laut intonieren, so erhalte ich die Gesamtnasalität resp. bei Fällen von Rhinolalia aperta das Produkt aller für das Zustandekommen dieser auffallenden Klangveränderung in Betracht kommenden Faktoren. Ich legte mir nun die Frage vor, wie es mir möglich wäre, die einzelnen Teilfaktoren bestimmen zu können. Und ich glaube in diesem Belange einen neuen richtigen Weg gefunden zu haben: Jeder der sechs Schläuche trägt nämlich eine gutabschließende Klammer (Klemme), so daß man nach Belieben die eine oder andere Resonanzquelle ein- resp. ausschalten kann. Es ergaben sich, da wir ja sechs Ansatzstücke haben, eine große Menge von Kombinationen und es ist interessant zu beobachten — ungefähr gleiche Bedingungen, wie Stimmstärke, Sprechtonhöhe etc. vorausgesetzt —, wie groß und mannigfaltig die Klangunterschiede sind und wie man durch diese Versuchsanordnung in die Lage versetzt wird, den Einfluß resp. die Wertigkeit der einzelnen Teilfaktoren, aus denen sich die „Nasalität" zusammensetzt, zu prüfen und der Erklärung des Klangphänomens auch auf diesem Wege einigermaßen näher zu kommen. Ein Einwand, der freilich bei allen derartigen Experimenten mit Recht gemacht werden kann, ist der, daß man sagt, in letzter Linie komme ein subjektives Urteil, ein von subjektiven Hörwahrnehmungen diktiertes Resultat zustande. Dem pflichte auch ich bei. Aber selbst eine derartige subjektive Methode hat meines Erachtens doch für den Experimentierenden einen großen Wert — schließlich ist ja jede

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auskultation und Perkussion auf demselben subjektiven Prinzipe aufgebaut und verliert trotzdem nicht an Wert —, denn, wenn man nicht nur an sich selbst, sondern an zahlreichen physiologischen und pathologischen Fällen ein solches Verfahren erprobt hat, gewinnt man durch Übung eine derartige Fertigkeit in der Beurteilung des gesuchten Klangphänomens, daß man, wenn man sich darin einmal eingearbeitet hat, mit gutem Erfolge diese Methode resp. Versuchsanordnung praktisch verwenden kann. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, daß ich meine Resultate von zwei äußerst feinhörenden Blinden — der eine von denselben ist ein vorzüglicher Musiker — nachprüfen, gelegentlich auch korrigieren ließ, so daß ich mir diesbezüglich eine gewisse Gewähr für die Richtigkeit meiner eigenen Auskultationsresultate verschaffte. Ich denke jetzt daran, diese Untersuchungsmethode weiter auszubauen, und zwar in der Weise, wie es Réthi (l. c.) in der früher geschilderten Art mittelst eines Mikrophon tat; auf diese Weise wird es vielleicht gelingen, die von mir angegebene „Einschaltung" und „Ausschaltung" (mittelst der erwähnten Klemmen) der verschiedenen Quellen der Nasalität auch objektiv in ihrer Wertigkeit festhalten zu können. Die Kompliziertheit der Frage wird noch weiterer eingehender Experimente bedürfen und ich füge daher vorläufig nur kurz resümierend an, was sich bisher als ziemlich feststehend ergeben hat:

1. Die Nasalität setzt sich aus einer ganzen Reihe von Faktoren zusammen, die in gegenseitigen engen Beziehungen zu einander stehen.

2. Diese gegenseitigen Beziehungen sind solcher Natur, daß durch das Zutagetreten eines Faktors, z. B. der Hypoinnervation des Velum oder der Insufficienz desselben, die anderen in diesem oder jenem Sinne in Mitleidenschaft gezogen werden und auf das Endprodukt des abnormalen Klangphänomens von großem Einflusse sind.

3. Dem Nasenrachenraum kommt als Resonator eine viel größere Bedeutung, als im allgemeinen angenommen wird, zu.

4. Der Unterschied zwischen dem eigentlichen Näseln und der Nasenresonanz ist deutlich differenzierbar. Eine große Rolle spielt dabei der für jeden Fall individuelle charakteristische Eigenton des suprapalatalen Resonanzraumes. Durch Aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schaltung der betreffenden Leitungsschläuche kann man konstatieren, daß bei der Nasenresonanz ein, wenn auch nicht bedeutender Teil der Schallwellen, durch den harten Gaumen fortgeleitet, zu derselben beiträgt, während andere Schallwellen, direkt fortgeleitet vom Larynx, ihre andere Komponente bilden. Beim Näseln aber, das übrigens sehr unästhetisch klingt, geht neben den Schallwellen auch direkt der Luftstrom in die Resonanzräume und es scheint, daß diese Tatsache allein oder das Zusammentreffen mit den Schallwellen den unser Gehör so unangenehm berührenden Klangcharakter erzeugt.

5. Es läßt sich schließlich feststellen, daß auch dann das Näseln besonders stark zutage tritt, wenn bei nicht absolut dichtem Velumverschluß durch die Nasenhöhlen verengernde Affektionen das Abfließen der Luft verhindert wird; dann tritt eben das an anderer Stelle zitierte physikalische Gesetz in Kraft und die Resonanz erfährt eine erhebliche Vermehrung.

Durch diese meine Untersuchungsmethode sind teils die Untersuchungen von Grützner, Gutzmann, Réthi, Fröschels u. a. zum Teil bestätigt, zum Teil glaube ich durch dieses Verfahren der „Ein- und Ausschaltungen" zur Differenzierung mancher Fragen der „Nasalität" beitragen zu können; es wäre wünschenswert, daß meine Methode nachgeprüft werden möge und vielleicht nach dieser oder jener Richtung — auch in puncto Fragestellung — eine Erweiterung erfahre. Ich weiß sehr wohl, daß diese Methode noch nicht vollkommen ist und daß auch die Ergebnisse derselben noch einer Ergänzung bedürfen. Deshalb habe ich auch gleich eingangs erwähnt, daß dieselbe noch ausgebaut werden muß und daß sie in dieser Form nur als vorläufige Mitteilung aufgefaßt werden möge.

Die folgende Untersuchungsmethode versetzt uns in die Lage, nicht nur die Frage, ob Rhinolalia clausa oder aperta vorliegt, zu beantworten, sondern auch den Grad der Klangveränderung zu bestimmen; allerdings handelt es sich hier nur um das relative Maß, weil ja bei den verschiedenen Menschen die Stärke des Velumverschlusses und damit im Zusammenhang die Größe des Nasendurchschlages eine differente ist. Wir erhalten also nur relative Werte, die indes die Art des pathologischen Nasendurchschlages genügend charakterisieren. Die Versuchsanordnung ist die denk-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

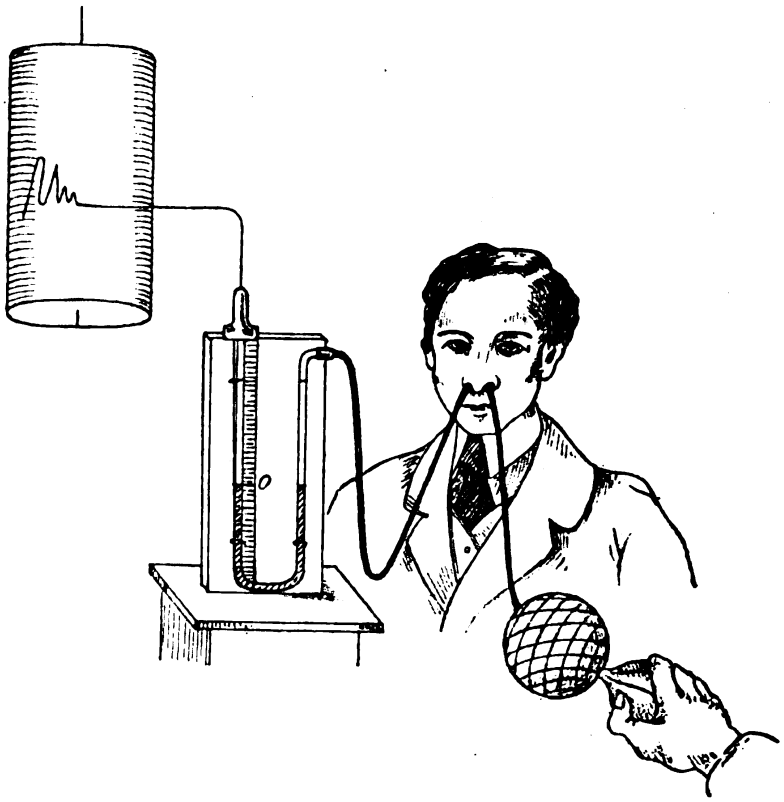
bar einfachste: Das früher beschriebene Gutzmannsche Nasenhörrohr wird mit seinem zweiten Ende (statt wie früher zur Auskultation in den Ohreneingang) mit einer Engelmannschen Schreibkapsel in Verbindung gesetzt und der Luftdruck in gewöhnlicher Weise auf ein Kymographion übertragen. Wenn man eine große Reihe derartiger Fälle derart untersucht hat, so ist man in der Lage — nachdem man unter denselben Bedingungen arbeitet —, aus den sich ergebenden Ausschlägen, die das Kymographion registriert, ungefähr auf den Grad des Klangunterschiedes Schlüsse ziehen zu können (normale Sprechtonhöhe, gewöhnlicher Konversationston oder die Art, wie man etwa eine gewöhnliche Reisebeschreibung vorliest, vorausgesetzt), aber das sind nur relative Werte, die aber, wie gesagt, wenn man viele derartiger Untersuchungen angestellt hat, für den Explorierenden doch auch schon eine ziemlich gute Orientierung bieten. Mehr Wert haben natürlich die erhaltenen Kurven, wenn man in dem betreffenden Falle — wir wollen z. B. eine Rhinolalia aperta nach einer Uranoschismaoperation annehmen — von einem Maße ausgeht, also z. B. von dem Ausschlage, den einer der Rhinophone (m, n, ng) gibt; mit diesem Ausschlage können wir nun — gleiche Bedingungen vorausgesetzt — die Ausschläge von anderen Lauten vergleichen und erhalten so für den betreffenden Fall an der Hand einer Vergleichstabelle das Bild des vorhandenen Grades der Rhinolalie. Die gemachten Aufzeichnungen sind auch für den Verlauf der einzusetzenden Sprechübungstherapie von großem Werte, wenn man dann von Zeit zu Zeit immer wieder Aufnahmen macht, kann man aus denselben die Fortschritte in der Übungsbehandlung konstatieren. Auch für die früher erwähnten Verbesserungen nach partieller Resektion etc. läßt sich diese Untersuchungsmethode, wie leicht verständlich, gut verwenden, ebenso bei der Frage der Größenbestimmung von Obturatoren etc. etc.

Überaus wertvoll sind die Untersuchungen, die Gutzmann und Biebendt nach dem Hartmannschen Verfahren angestellt haben und die dazu beitragen, uns über die Kraft des Gaumensegelverschlusses und in weiterer Folge über das Wesen der Nasalität und der Klangveränderungen bei den diversen Rhinolalien Aufschluß zu geben. Die folgende Versuchsanordnung (s. Fig. 5) ist hierzu notwendig: In jedes der Nasenlöcher wird eine durchbohrte Nasenolive (Bohrung zirka 5 *mm*) gegeben; nun wird die eine Nasenolive mit einem Quecksilbermanometer und die andere mit einem Doppelgummigebläse in Verbindung gebracht. Wird bei Ruhestellung des Velum der Ballon gedrückt, so strömt die durch die eine Olive in den Nasenrachenraum gelangende Luft nach der Pars oralis pharyngis ab. Läßt man jedoch exakt intonieren und drückt nun z. B. während der Phonation eines Vokales — man muß bestrebt sein, die-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbe Sprechtonhöhe und Stimmintensität zu behalten — den Ballon, so findet, da ja der Gaumensegelverschluß in Aktion tritt, ein Abströmen der Luft nach dem Rachen nicht statt, sondern es erfolgt eine Luftstauung in dem gemeinsamen Raum der Nasen- und Nasenrachenhöhle, deren Grad an dem mit einer Skala versehenen Manometer abzulesen ist. Steigert man weiter den Druck bis zu dem Grade, wo der Widerstand des Velum überwunden wird, so strömt die Luft mit einem lauten Rasselgeräusch

Fig. 5.



nach dem unteren Teil des Rachens und die Differenz der Flüssigkeitssäule im freien Manometerschenkel zeigt so den Grad des Velumverschlusses an. Setzt man auf das Hg-Niveau im freien Schenkel des Manometerrohres einen Schwimmer, der mit einer Schreibspitze versehen ist, so kann man die Ausschläge auf einem Kymographion leicht registrieren und gewinnt derart eine Übersicht über die Kraft des Gaumensegelverschlusses bei den verschiedenen Lauten. Ich bin derzeit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Physiologischen Institut dank dem gütigen Entgegenkommen des Vorstandes des Institutes, Herrn Prof. Dr. Arnold Durig, damit beschäftigt, einige hierher gehörige Fragen eingehender zu studieren, und werde dann nach Abschluß der Untersuchungen über die gefundenen Resultate ausführlicher berichten.

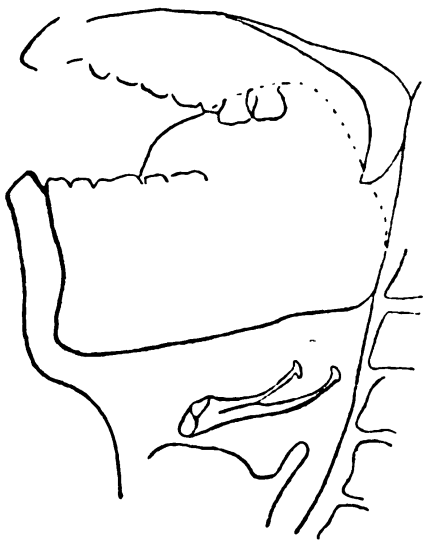
Es liegt auf der Hand, zu fragen, welchen Gewinn wir von der Röntgenuntersuchung für unsere Frage zu verzeichnen haben. Bei der Lage des Organes (Velum), seiner Konsistenz und dessen Umgebung war von vornherein anzunehmen, daß sich die Untersuchung nicht leicht gestalten würde resp. daß es schwer fallen würde, positive Ergebnisse zu erzielen. Ich selbst habe viele derartige Untersuchungen angestellt und konnte konstatieren, wie schwer es ist, die Schattendifferenzen unterscheiden und für die Beantwortung der Fragestellung verwerten zu können. Erst die Vervollkommnung der Untersuchungstechnik und insbesondere die ermöglichte verkürzte Expositionszeit haben uns in Stand gesetzt, unter anderem auch die Frage der Gaumensegelbewegung zu bearbeiten. Bezüglich der hierher gehörigen Arbeiten (Scheier, Fröschels, Mayer, Barth etc.) sei auf das Literaturverzeichnis verwiesen. Sie bilden jedenfalls zumindest eine wertvolle Bestätigung und Ergänzung dessen, was wir durch die sonstigen Explorationsmethoden feststellen können, zum Teil aber ist es uns auf diesem Wege möglich geworden, neue Resultate zu erzielen. Und gerade die Frage des Velumverschlusses wird, wie ich glaube, in manchen Belangen wohl eine Revision resp. Korrektur erfahren müssen; so z. B. konnte Gutzmann bei einem Sänger, wenn er sich des Falsetts bediente (s. auch meine diesbezügliche Anmerkung im ersten Teile dieser Arbeit) beobachten, daß das Velum den Nasenrachenraum nicht abschloß, sondern weit abstand. Es entwich ein Teil der Luft durch die Nase, was sich durch die Änderung des Timbres beim Verschluß der Nase ebenfalls nachweisen ließ. Und Zarniko betont in seinem Lehrbuch „Krankheiten der Nase", daß er trotz aller theoretischen Einwendungen das Sprechen und Singen bei entsprechend geöffneter Gaumenklappe für das Natürliche und Erstrebenswerte halte. (Nebenbei bemerkt, bin auch ich zum großen Teile dieser Anschauung.) Auch Fröschels spricht von einer „kleinen Spalte", nimmt also keinen hermetischen Abschluß an, da wir, „wie die Pathologie zeigt, die Resonanz der Nasenluft zum Wohlklang der Sprache brauchen". Sehr instruktiv hat Klara Hofmann[11])

[11]) Klara Hofmann, „Vox". Internat. Zbl. f. experim. Phonetik 1916. H. 3.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

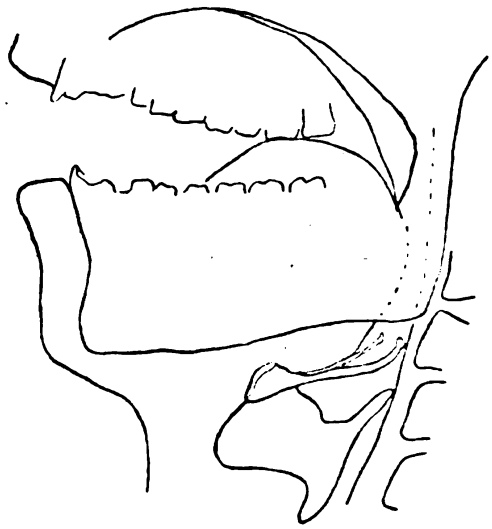
auf Röntgenbildern, die ich anbei reproduziere (s. Fig. 6 und 7), die Bedeutung der Velumbewegungen, insbesondere die Senkung des Velum beim Singen (s. Fig. 7) gezeigt. In Gemeinschaft mit Martin Haudek hat Fröschels im Holzknechtschen Zentral-Röntgeninstitut überaus wertvolle Röntgenaufnahmen, bei denen, um die Konturen möglichst sichtbar zu gestalten, eine Wismutpasta auf die Mittellinie der Zunge und des weichen Gaumens aufgetragen wurde, gemacht; in geeigneten Fällen wurde das Bestreichen des Velum, indem eine entsprechende Kopfstellung gewählt wurde, unterlassen und die Röntgenplatte zeigte auch ohne Metall-

Fig. 6.



Vokal a auf a^1 gesungen. Man sieht den weichen Gaumen hochgehoben. Wenig Nasenresonanz. Die Stimme klingt „hohl".

Fig. 7.



Vokal a auf a^1 gesungen. Das Gaumensegel ist stark gesenkt, so daß man leicht eine „näselnde Stimme" hört. Aber der kunstgeübte Sänger wird in einem solchen Falle nicht näseln, vielmehr wird man bei ihm ein ästhetisch klingendes nasales Timbre hören.

belag die Lageverhältnisse in deutlicher Weise. Es ist ihm so auch gelungen, in Fällen von Paresen des weichen Gaumens mittelst Röntgenaufnahmen die Diagnose Rhinolalia aperta zu stellen etc. Wir sehen also, daß die Röntgenmethode, auf die als erster hingewiesen zu haben Max Scheier das Verdienst hat, auch für unser Spezialgebiet von großer Bedeutung ist, welche Bedeutung sich durch den weiteren Ausbau der Methodik gewiß noch erheblich steigern wird.

Die nun folgenden Untersuchungsmethoden bespreche ich nur ganz kurz, sie sind in der mehrfach erwähnten Arbeit von Gutzmann so vorzüglich beschrieben, daß ich wohl bezüglich der Details auf diese

Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Arbeit neuerdings verweisen darf. Er sowie Musehold haben durch Nachbildung der beim Näseln entstehenden oder angenommenen Mechanismen (künstlicher Kehlkopf mit aufgesetztem Ansatzrohr) die hierher gehörigen Fragen studiert. Ferner sei auch auf die Untersuchungen von Helmholtz und O. Wolf hingewiesen, die durch Kombination von geeigneten, durch Resonatoren erzeugten Partialtönen oder durch Abhören nasaler Klänge mittelst geeigneter Resonatoren die Klanganalyse der verschiedenen nasalen Timbres bestimmt haben. Klanganalytische Untersuchungen verdanken wir auch L. Hermann, der insbesondere die Resonanten genau studiert hat, während J. Katzenstein nasaliert gesungene Vokale analysiert hat. Diese Untersuchungen sind recht mühevoll, haben uns aber in unseren Kenntnissen ein gutes Stück vorwärts gebracht. Es seien nur zwei Leitsätze aus diesen Arbeiten emporgehoben:

1. „Beim hängenden Zäpfchen klingt die Nasenhöhle sehr stark mit, daraus läßt sich vermuten, daß durch die Resonanz der Nasenhöhle besonders die weniger hohen Teiltöne hervorgerufen werden."

2. „Da bei geschlossener Nase die Resonanz der Nasenhöhle ausgeschaltet wird, würde das Zurücktreten der niederen Teiltöne die Vermutung verstärken, daß die Nasenhöhle durch ihre Resonanz die weniger hohen Teiltöne hervorruft."

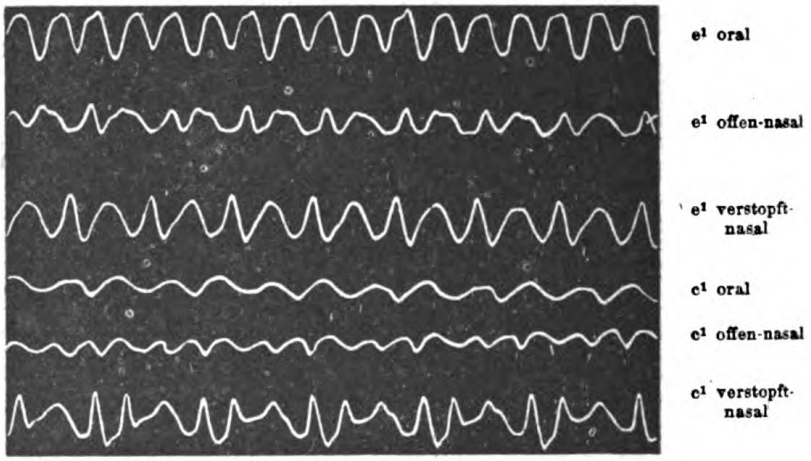
Neben diesen wertvollen Ergebnissen der Klanganalyse sei auf die ebenso mühevollen wie ergebnisreichen Untersuchungen Gutzmanns mit dem Lioretgraphen, welcher der von Struycken mit Recht aufgestellten Forderung, daß bei allen Klanganalysen die Kurven auch wieder in Klänge verwandelt werden müssen, nachkommt, hingewiesen. Mit dem Lioretgraphen werden die auf einer gewöhnlichen Edison schen Wachswalze gewonnenen Eindrücke mittelst eines sehr stark vergrößernden Fühlhebels (300—1000mal) in Kurven umgewandelt, welch letztere der mathematischen Berechnung unterworfen werden können. In den beiliegenden Kurvenbeispielen (nach Gutzmann), von denen Figur 8 eine Höhenvergrößerung 1:300 und Figur 9 eine von 1:1000 wiedergibt, sieht man, wie erheblich die Unterschiede bei oral und bei nasal gebildeten Lauten sind. Gutzmann faßte seine grundlegenden klanganalytischen Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

1. „Bei der Rhinolalia aperta der Vokale zeigt sich in der Klanganalyse der Hinweis auf hohe Partialtöne, die es bewirken, daß die Klangkurven

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der mit tieferen Formanten[12]) charakterisierten Vokale krauser und komplizierter erscheinen, während die bei oraler Bildung mit hohen Formanten versehenen Vokalkurven (z. B. i) bei nasalem Klang einfacher erscheinen. Der suprapalatale Resonanzraum verstärkt demnach bei offenem Näseln höhere Partialtöne[13]), die in der 3. Oktave zwischen e^3 und h^3 liegen. Dies stimmt mit der Auseinandersetzung Grützners und anderen durchaus überein."

Fig. 8.



Vokal O. Höhenvergrößerung: 1 : 300. Natürliche Größe.

2. „Wird die Nase beim nasalierten Vokal oder beim Resonanten verengt oder verschlossen, so

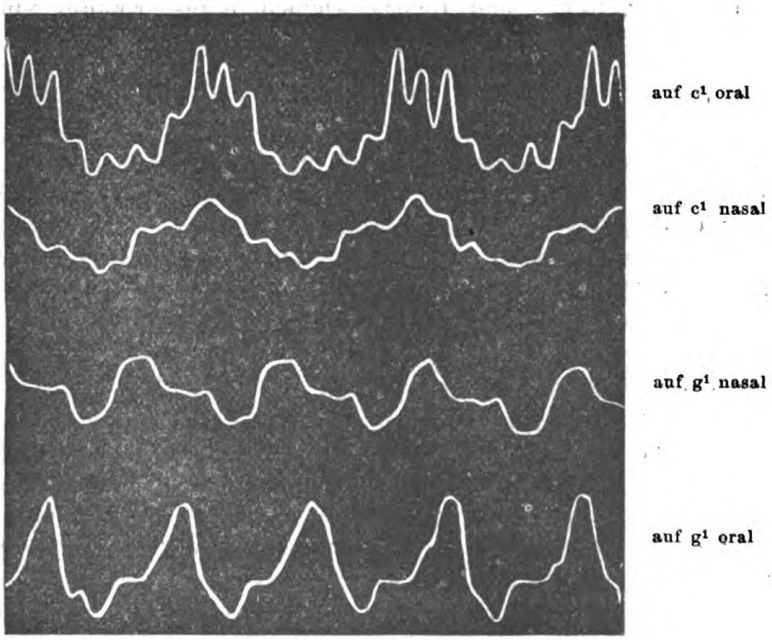
[12]) Nach L. Hermann ist das Wesentliche eines Vokals „ein intermittierendes oder oscillierendes Anblasen des Mundtones durch die Stimme; den Mundton nennt Hermann: Formant. In jedem Vokalklang ist ein oder sind mehrere charakteristische Töne, die „Formanten", enthalten, deren Höhe von der Höhe des Grundtones, auf dem der Vokal gesungen oder gesprochen wird, unabhängig ist. Ihre Entstehung verdanken die Formanten der für die einzelnen Vokale charakteristischen Gestalt des Ansatzrohres. Die Hermannsche Theorie (die übrigens in einigen Punkten von Hensen und Pipping bestritten wird) erklärt es uns auch, warum wir in einem Vokalklange unharmonische Töne mithören, warum sich der Formant immer harmonisch zu dem Kehltone hinzustellt.

[13]) Nach Helmholtz hat ein Klang dann einen näselnden Charakter, wenn in ihm zwar viele, aber nur ungeradzahlige Obertöne enthalten sind

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fehlen die hohen Partialtöne, was aus rein akustischen Gründen zu erwarten war. Außerdem aber zeigt sich, daß der Grundton dabei so sehr verstärkt wird, daß alle übrigen Partialtöne weit zurücktreten. Dementsprechend haben alle so aufgenommenen Klangkurven der Resonanten eine auffallende Ähnlichkeit. Die so entstehende Rhinolalia clausa der Resonanten wird also durch ähnliche Anordnung der

Fig. 9.



Vokal ü. Höhenvergrößerung 1 : 1000.

Partialtöne, nicht aber durch einen Formanten charakterisiert."

Hiermit habe ich die wichtigsten Untersuchungsmethoden besprochen. Die letzterwähnten interessieren naturgemäß nur den Phoniater und den Phonetiker, die erstbesprochenen Methoden aber, die ja leicht und zum größten Teile ohne Instrumente durchführbar sind, sollten meines Erachtens Gemeingut jedes Laryngo-Rhino-Otologen werden. Die Frage des Wesens der Nasalität ist uns dank der gemachten Forschungen nicht mehr ein Buch mit sieben Siegeln, trotzdem gibt es noch eine Menge von Fragen zu lösen, und daß dies nicht leicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist, darauf deutet wohl zur Genüge der Gang der Entwicklung des Studiums dieses Themas. Ich möchte es „ein Schwingen um eine Zentralidee" nennen, in derem Mittelpunkt eben der Klang resp. die Klangfarbe der menschlichen Stimme die wichtigste Rolle spielt. Mit meinen Ausführungen sollte auch gezeigt werden, wie viele Brücken von der Phoniatrie zur Physiologie und Physik geschlagen werden müssen, um zu positiven Ergebnissen zu gelangen, die erst dann auch klinisch richtig verwertet werden können. Manches schon früher Gesagte mußte ich im Interesse des übersichtlichen Zusammenhanges wiederholen, doch glaube ich, daß auch das nicht überflüssig war, weil, wie die Erfahrung lehrt, unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete doch nur einem relativ kleinen Kreis bekannt sind. Diesen zu erweitern, ist der Zweck der vorliegenden Arbeit.

Literatur: Aikin, The voice. London 1910. — Auerbach, Akustik. 1909. — E. Barth, Einführung in die Physiologie, Pathologie und Hygiene der menschlichen Stimme. 1911. — Biebendt, Über die Kraft des Gaumensegelverschlusses. Mschr. f. Sprachhlk. 1909. — Burger, II. intern. Laryngo-Rhinologenkongreß. Wien 1908. — Panconcelli-Calzia, De la nasalité en Italien. (La Parole 1919.) Einführung in die angewandte Phonetik. Berlin 1914. — Czermak, Über das Verhalten des weichen Gaumens beim Hervorbringen reiner Vokale. Wien 1857. — J. Fein, Sitzungsber. d. W. laryngolog. Ges. 8. XI. 1910. — Flatau Th. S., Arch. f. Laryng. 1905. — Derselbe, Eine neue Methode zur Behandlung der funktionellen Stimmstörungen nebst Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Gesanges. M. m. W. 1910. — E. Fröschels, Methode zur Untersuchung des Näselns. 1910. — Derselbe, Über die verschiedenen Formen des Näselns mit besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung für Nasenoperationen. W. m. W. 1911. Nr. 3. — Derselbe, Lehrb. d. Sprachhlk. 1913. — Gießwein, Über die Resonanz der Mundhöhle. Beitr. v. Passow u. Schäfer 1911. — Grützner, Physiologie der Stimme und Sprache. 1879. — H. Gutzmann, Von den verschiedenen Formen des Näselns. Halle a. S. 1901. — Derselbe, Untersuchungen über das Wesen der Nasalität. Arch. f. Laryng. 27. — Derselbe, Rhinolalia functionalis. M. Kl. 1906. — Derselbe, Physiologie der Stimme und Sprache. Braunschweig 1909. — Derselbe, Rhinolalie und Rhinologie. D. Naturforscherversammlung 1909. — Derselbe, Die Untersuchung der Stimme mit experimentell-phonetischen Methoden. Naturforscherversammlung 1910. — Derselbe, Experimentelle Phonetik und Laryngologie. Verhandl. d. III. intern. Laryngo-Rhinologenkongresses 1911. — M. Hajek, Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 1903. — L. Hermann, Arch. f. d. ges. Phys. 47. 1890. — Klara Hofmann, Intern. Zbl. f. exp. Phonetik „Vox". 1913. H 3. — Haudek und Fröschels, Röntgenaufnahmen der Form des Ansatzrohres bei den Sprachlauten. Arch. f. Laryng. 1911. — Hopmann Eugen, Sigmatismus nasalis. Mschr. f. d Sprachhlk. 1908. — Katzenstein S., Analyse nasaliert gesungener Vokale. Beitr. v Passow u. Schäfer. 3. — Meyer Ernst A., Röntgeno-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

graphische Lautbilder. Mschr. f. Sprachhlk. 1907. — Max Nadoleczny, Rachenmandeloperationen und Sprachstörungen. M. m. W. 1910. Zbl. f. Kinderhlk. 13. Nr. 8 u. 9. — N. Nagel, Physiologie des Menschen. 4. II. Teil. — L. Réthi, Untersuchungen über die Nasenresonanz und die Schalleitung im Kopfe und im Halse. Sitzungsber. d. Akad. d. Wissensch. in Wien. 1915. Abt. 3. — Rüdinger, Beiträge zur Morphologie des Gaumensegels. 1879. — Sänger M., Arch. f. Physiol. 63 u. 66. — Max Scheyer, Anwendung der Röntgenstrahlen für die Stimme und Sprache. Arch. f. Laryng. 1897. — Derselbe, Röntgenaufnahmen der Rachenorgane während der Phonation. 1909. — Derselbe, Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Physiologie der Sprache und Stimme. Arch. f. Laryng. 1909. — Schleissner, Partielles, funktionelles Näseln. Prag. m. W. 1906. — Hermann Schlesinger, Ein nicht beschriebenes Symptom der Gaumenlähmung. Neurol. Zbl. 1916. — Scripture E. W., The elements of experimental phonetiks. New-York 1904. — Sokolowsky, Über Klangfarbe I. Intern. Kongreß f. exp. Phonetik. Hamburg 1914. — Stern Hugo, Symptomatische Sprachstörungen. In Gutzmanns Lehrb. d. Sprachhlk. — Derselbe, Die Beziehungen der Radiologie zur Physiologie und Pathologie der Sprache und Stimme. Radiologenkongreß 1911 in Prag. — Derselbe, Über den Sigmatismus nasalis. Sitzungsber. d. Ges. f. inn. Med. in der W. m. W. 1910 Nr. 49 u. 1911. Nr. 7. — Derselbe, Zur Diagnose und Therapie funktioneller Stimmstörungen. Mschr. f. Ohrhlk. 1913. H. 10. — Struycken, Optische Beobachtung und photographische Aufnahme von akustischen Schwingungen. II. intern. Laryngologenkongreß. Wien 1909. — Zarniko, Die Krankheiten der Nase. 1908.

Vereinsberichte.

Oto-laryngologischer Verein zu Kristiania.

Sitzung vom 13. Dezember 1917.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Leegaard: **Frontallappenabsceß.**

Demonstration eines 22jährigen Mannes, der 3 Monate zuvor wegen eines von einem Empyema sinus frontalis ausgehenden Frontallappenabscesses operiert worden war. (Der Fall wird später ausführlich beschrieben werden.)

Diskussion.

Derselbe: **Thrombose im Sinus sigmoideus, Bulbus und in der Vena jugularis.** Grunerts Operation.

19jähriges Mädchen, seit dem 6. Jahre an rechtsseitiger chronischer Otitis leidend. 1/2 Jahr vor der Aufnahme erkrankte sie plötzlich an Ohrenschmerzen, Kopfschmerz, wiederholtem Erbrechen, Schwindel. Hatte mehrere Anfälle von Schüttelfrost mit Temperatur bis zu 39,5. — Wurde am 18. VIII. 1917 in sehr leidendem Zustand im Krankenhause aufgenommen. P. 120, Temperatur 38,5 (Ax.) Ikterisch. Übelriechender Eiter im r. Gehörgang. Perforation in Shrapnells Membran. Keine Symptome

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seitens des Processus mastoideus. Druckempfindlichkeit längs der Vena jugularis. Es wurde sofort eine Totalaufmeißelung und Sinusoperation vorgenommen. Cholesteatom. Perisinuöser, übelriechender Absceß. Die Sinuswand graugelb, verdickt, etwa 1 *cm* unterhalb des oberen Knies eine Perforation, durch die dünner, stark übelriechender Eiter heraussickerte. Entfernung der lateralen Sinuswand. Auslöffelung ramollierter graugelber Thrombenmasse. Blutung vom oberen, nicht vom unteren Ende. In den nächsten Tagen befriedigender Zustand mit mäßigem Fieber, 21. VIII. sogar afebril. 23. VIII. abends Frostanfall mit Temperatur 40,7. 24. VIII. in Lokalanästhesie (und 50 *g* Äther während des letzten Teils der Operation) Jugularisunterbindung und Bulbusoperation. Vena jugularis gelblichweiß und verdickt bis zur Clavicula, wo sie unterbunden wurde. Bloßlegung der ganzen Vene und des Bulbus nach Grunert. Beim Überschneiden der Vene fand man Thrombenmasse, die in den 4—5 untersten Zentimetern rot war, sonst graugelb, puriform, übelriechend. Auslöffelung der Thromben. Das Innere der Vene war gelbgefleckt. Unterbindung der V. facialis. Jodoformgazestreifen in der Vene. Tamponade. Die Facialisparese zeigte nach der Operation keine Veränderung. — Darauf Frostanfall und 39,7. Koffein- und Digaleninjektion. — In den folgenden Tagen besserte sich das Allgemeinbefinden. Vorübergehende Schwellung beider Parotisregionen. Erholte sich allmählich, Temperatur wurde normal. Ikterus verschwand. Die Wunde füllte sich. Am 10. IX. stellte sich Diarrhöe mit Temperatur von 38,9 ein. 11. IX. Anzeichen von linksseitigem Pleuraexsudat, bei der Probepunktion gelbliche, etwas trübe Flüssigkeit (steril auf Agar und Bouillon). In den nächsten Tagen Verschlechterung, wiederum Ikterus, Frostschauer und Fieber (bis zu 39,8). 16. IX. Anzeichen von Pericarditis (Reibung, vermehrte Dämpfung). 13. IX. Probepunktion mit demselben Pleuraexsudat wie letzthin. 26. VIII. dasselbe. Erholte sich nach und nach. Vom 29. IX. an afebril. 9. X. keine Zeichen von Pericarditis. 15. XI. Pleuraexsudat unverändert. Punktion und Entleerung von 900 cm^3 schwachtrüber, seröser Flüssigkeit. Im Bodensatz fand man Lymphocyten. 3. XII. Punktion. 450 cm^3. Danach erhebliche Aufhellung der Dämpfung. Am 8. XII. stand sie auf, die Wunde war geheilt. Befindet sich nun (13. XII.) wohl.

Uchermann führte einen 38jährigen Landmann vor, der 3 Jahre lang an einer Verdichtung der Nase unter Absonderung von Eiter und Krustenbildung gelitten hatte, kein übler Geruch. Vor 14 Tagen ein Anfall epileptiformer Krämpfe mit Bewußtlosigkeit, wobei er sich in die Zunge biß. Der Anfall stellte sich morgens, als er noch lag, ein. Er schlief darauf fast den ganzen Tag. Am nächsten Tage ein ähnlicher Anfall. Er hat sich danach ruhig zu Hause verhalten. Ab und zu etwas diffuser Kopfschmerz, sonst Wohlbefinden. Der Patient ist früher stets gesund gewesen. Keine nervöse Belastung. Kräftiges Aussehen. Puls und Temperatur normal. In beiden Nasenhälften eine Menge nicht übelriechender Krusten sowie purulentes Gerinnsel. Nach Entfernung der Krusten findet man das ganze Os ethmoideum auf beiden Seiten so gut wie ausgefüllt mit polypoidem Gewebe, das vermittelst des Conchotoms entfernt wird. Wird nach einmonatlichem Aufenthalt, worunter er vollständig gesund war, entlassen. Behandelt sich nunmehr selbst mit Gottsteins Tamponade und Ausspülungen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit der Schwartzeschen Röhre. Hier scheint somit **ein Fall nasaler Reflexepilepsie** vorzuliegen. Hätte es sich um eine Frau gehandelt, würde man vielleicht von Hysteroepilepsie geredet haben.

Diskussion: Gording.

Derselbe: **Ethmoiditis chronica. Sinusitis frontalis. Frontalneuralgie.**

21 Jahre alter Matrose. Wurde aufgenommen am 15. VIII. 1917. Nach Masern und einer Erkältung vor $4^1/_2$ bzw. $2^1/_2$ Monaten purulenter, teilweise übelriechender Ausfluß der Nase sowie Schmerzen um und namentlich über dem rechten Auge mit etwas Schwellung. Nichts im Antrum Highmori. Nach Entfernung der vorderen, eiterhaltigen Ethmoidalzellen und Ausspülung des Sinus frontalis (Eiter) wurde er am 4. X. geheilt entlassen. Fand sich am 21. XI. wegen rezidivierender Schmerzen über dem rechten Auge und darauffolgendem geringen Eiterausfluß der Nase wiederum ein. Bei der Aufnahme fand man keinen Eiter, das Spülwasser war klar. Der untere Teil der vorderen Wand des Ductus frontalis wurde mit Watson Williams Conchotom entfernt, worauf weite Passage. Wurde am 28. XI. entlassen. — Die Verengerung des Ductus frontalis ist sicher eine häufige Ursache rezidivierender Frontalsinusitis mit Neuralgie und läßt sich durch intranasale Eingriffe, also ohne Radikaloperation, leicht beseitigen.

Derselbe: **Angeborene Atresia choanalis ossea.**

14tägiges Mädchen, einen Monat zu früh geboren. Beide Choanen sind fast völlig verschlossen. Mit der Sonde läßt sich eine knochige Wand fühlen. Ab und zu wird etwas Luft durch den Nasenschleim gepreßt. Nahrung wird wesentlich vermittelst Löffels eingeflößt. Im Rachen nichts zu sehen. Keine Operation. Die Patientin liegt in der Kinderabteilung und wird am folgenden Tage wieder nach Hause gebracht. Soll später gestorben sein.

Roll-Hansen berichtete einen Fall von **Blutung aus dem Rachen eines 37jährigen Mannes mit phlegmonöser Angina.**

Die erste Blutung war gering und begann 4 Tage nach der Incision. Die nächsten 4 Tage verliefen ohne Blutung. Danach aber stellten sich tägliche Blutungen ein, die am 3. Tage gefährlich wurden und die Unterbindung der Carotis externa erforderten. Danach Aufhören jeder Blutung. Der Fall wird in der „Medicinsk Revue" besprochen.

Sitzung vom 28. Februar 1918.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

1. **Periostitis der Stirn mit Augenliderabsceß traumatischen (?) Ursprungs.** Leegaard führt ein 4jähriges Mädchen aus der Ohren-Kehlkopfabteilung des Reichshospitals vor. 20. I. 1918 aufgenommen. Während der letzten Woche zunehmende Schwellung zuerst des rechten, darauf des linken oberen Augenlides und der Stirn. Sie kam zunächst in die Augenabteilung, wo ihr ein Absceß im rechten Augenlide inzidiert wurde. Neben einer riesigen Geschwulst der Augenlider — besonders des rechten, das vollständig evertiert war — und der Stirn, war auch eine starke Schwellung des Septum nasi vorhanden, die den Eindruck eines traumatischen Hämatoms machte. Durch die Öffnung des rechten Augen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lides gelangte man mit der Sonde bis auf entblößten Knochen des Orbitaldaches. Keine sicheren Anhaltspunkte für ein Nebenhöhlenleiden. Die Operation erwies keine Frontalhöhle, Erweiterung des Ductus naso-frontalis, keine Zeichen einer Entzündung der Nase. Anhaltende ziemlich reichliche Sekretion der Operationswunde machte am 20. II. eine Revision erforderlich. Es wurde ein flacher, unregelmäßiger, etwa 2 × 1,5 großer Sequester des Proc. frontalis ossis frontis entfernt. Hierauf nahm die Sekretion rasch ab und die Geschwulst verschwand fast vollständig. Die Ätiologie des beschriebenen Leidens ist eine unsichere (Trauma?).

2. **Scirrhus gl. thyreoideae.** Uchermann führt einen 65jährigen Bauern vor, bei dem sich vor 3 Monaten an der rechten Seite des Kehlkopfes eine „Beule" zeigte, die sich später langsam weiter entwickelt hat. Weder Schmerzen noch Empfindlichkeit. Bei der Aufnahme hatte die Geschwulst die Größe einer Feige und entsprach, wie sich erwies, der rechten Thyreoideahälfte. Mitten auf der Geschwulst war die Haut wenig beweglich, die Geschwulst selbst war hart. Sie wurde mit der Haut durch einen ovalären Schnitt entfernt, und zwar mitsamt der unteren Hälfte des M. sterno-thyreoideus, der hart, sklerotisch war. Beim Durchschneiden der Geschwulst fand man in der Mitte eine grauartige, speckige Masse, die mikroskopisch das erste Mal als Scirrhus festgestellt wurde. Auch im Muskel meinte man Ähnliches nachweisen zu können. Laut einer späteren Mitteilung des pathologisch-anatomischen Instituts hielt man es für eine Entzündung. Dies stimmt jedoch nicht recht mit dem klinischen Bilde.

3. **Periostitis des Oberkiefers mit Sequesterbildung und einem großen Defekt des Palatum durum mit der Scheidewand zum Antrum Highmori.** 35jähriger Fischer. Nachdem ihm vor 4 Jahren zwei Backenzähne des linken Oberkiefers gezogen waren (der eine brach ab), hielt sich dort eine Vertiefung. Ein Jahr später ausstrahlende Schmerzen zum linken Ohre und nach noch einem Jahre auch Gesichtsschmerzen und purulenter Ausfluß aus der linken Nase. Keine Befunde in der Kieferhöhle. Im Juli 1917 zeigte sich linksseitig am harten Gaumen ein Geschwür, und es wurden hier mehrere Knochenstücke entfernt. Wassermann negativ. Nun sieht man am harten Gaumen einen walnußgroßen Defekt. Flächen und Ränder der Höhlung sind glatt, überhäutet. Er wartet jetzt nur darauf, daß die Öffnung mit einer Platte gedeckt wird.

4. **Tumor palati mollis maligna (Sarcoma?).** L. B., Landmann, 75 Jahre. W —. Ende August bemerkte er eine Rötung des Gaumensegels und seit November auch eine Schwellung sowie Beschwerden beim Schlucken und Sprechen. Weder Blutungen noch Schmerzen. Temperatur und Puls normal. Bei der Ankunft sieht man im Rachen einen Tumor, der die linke Hälfte des weichen Gaumens sowie den vorderen und hinteren Gaumenbogen einnimmt. Der Tumor hat die Größe eines Eies, ist etwas empfindlich, fester Beschaffenheit, etwas uneben, ist mit Schleimhaut bedeckt. Er ist nicht deutlich umschrieben. An beiden Seiten des Halses harte, unempfindliche Drüsen. Da eine Operation nicht anzuraten war, wurde er der Radiumabteilung überwiesen. Die Behandlung hatte hier überraschend gute Erfolge. Das Radium wurde nach der Incision der Schleimhaut in die Geschwulst hineingesteckt und nach 3 Wochen war der Tumor fast verschwunden; nur unten nimmt man noch eine kleine, finger-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spitzengroße Hervorstehung wahr. Zwecks mikroskopischer Untersuchung wurde leider nichts entfernt. Man hatte es wahrscheinlich mit einem Sarkom zu tun.

5. **Chronische suppurative Sinusitis maxillaris. Cancer.** Maartmann-Moe führt einen 60jährigen Mann vor, der mehrere Jahre lang an übelriechender Eiterentleerung der linken Seite der Nase gelitten hat. Ende Januar 1918 schwoll die linke Wange an, am stärksten innen an der Nase, wo man jetzt einen strammen, fluktuierenden, etwas empfindlichen Absceß fühlt. Rhin. ant. erwies reichlichen Eiter in der linken Nasenhälfte. Die ganze Schleimhaut ist geschwollen, sukkulent, eine erhebliche Schwellung des Vestibulum nasi ist vorhanden, was den vollen Überblick etwas hindert. Der Patient wurde im vorigen Jahre, ohne vorherige Untersuchung der Nase, geraume Zeit von einem Augenarzt mit Sondierung des linksseitigen Tränenkanals behandelt. Man beabsichtigt, den Patienten einer Operation zu unterziehen. (Spätere Untersuchung zeigt deutliche Tumormassen. Operation. Cancer.)

Referate.

I. Allgemeines.

Eine bisher noch nicht beschriebene Form von postdiphtheritischer Lähmung: einseitige Paralyse des N. hypoglossus. Von Frieda Lederer. (Arch. f. Kindhlk. 65. 1916. S. 279.)

Bericht über einen Fall von Lähmung des N. hypoglossus 8 Wochen nach überstandener Rachendiphtherie bei einem achtjährigen Knaben, gekennzeichnet durch deutliches Abweichen der Zunge nach rechts und Runzelung der rechten Seite, nachdem alle anderen postdiphtheritischen Lähmungen bereits zurückgegangen waren. Verlauf gutartig.

Walther Weiss.

Zur Behandlung des Keuchhustens. Von Artur Keller. (Mschr. f. Kindhlk. 14. 1918. S. 116.)

Ochsenius hat in der „Therapie der Gegenwart" im November 1913 über von ihm geübte Behandlung des Keuchhustens berichtet, welche in Pinselung des Rachens jeden 2. Tag mit 2% Lapislösung besteht, und will in 84 von 107 Fällen überaus gute Erfolge damit erzielt haben. Keller hat die Angaben Ochsenius' in der Privatpraxis nachgeprüft, berichtet ebenfalls über sehr gute Erfolge und gibt einige Ergänzungen und Winke auf Grund seiner Erfahrungen. Der Rachen soll vom Arzt selbst möglichst tief hinab und immer erst einige Stunden nach der Mahlzeit gepinselt werden, da fast regelmäßig nachher Erbrechen eintritt. Die Methode ist nach Ansicht des Verfassers keineswegs als eine sanfte zu bezeichnen und rät er, vor Beginn der Behandlung die Eltern darüber aufzuklären, mit dem Hinweis darauf, daß die sonst viele Wochen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dauernden Anfälle auf diese Art in 3 Wochen zu beheben sind. Verfasser prüfte die Methode bei 52 Kindern und hatte sehr gute Erfolge damit. Die Behandlung war in allen Fällen in längstens 3 Wochen beendet, zu mehr als 12 Pinselungen ist es nie gekommen. Walther Weiss.

Zur Keuchhustenbehandlung. Von K. Gaugele. (Mschr. f. Kindhlk. 14. 1918. S. 208.)

Verfasser konnte die von Ochsenius angegebene und von Keller in der Privatpraxis erprobte Methode an Kindern in einer geschlossenen Anstalt anwenden. Gelegentlich einer Epidemie von 25 Fällen wendete er das Mittel an, nach 14 Tagen war die Epidemie erloschen. Verfasser rät, die Kinder mehrmals täglich mit 2—5% Lapislösung zu pinseln.

Walther Weiss.

Diphtherie als Ursache von Vaginalblutungen im Kindesalter. Von Albert Hirsch. (Mschr. f. Kindhlk. 14. 1918. S. 217.)

Hirsch berichtet über 2 Fälle von Vaginalblutung als Folgeerscheinung von Diphtherie. Im ersten Falle handelte es sich um ein achtjähriges Mädchen, welches bei bestehender nicht spezifischer Vulvovaginitis eine Diphtherie akquirierte, deren einziger Ausdruck Vaginalblutungen waren. Die gleichzeitig erkrankte Schwester des Kindes starb an einer diphtheritischen Halsentzündung. Der zweite Fall betrifft ein 8jähriges Mädchen, die an schwerer Rachendiphtherie erkrankt war, bei der Tonsillen, Uvula und weicher Gaumen die typischen Beläge aufwiesen, zu denen sich nach kurzer Zeit starke Vaginalblutungen gesellten. Das Vaginalsekret wies massenhaft Diphtheriebazillen auf. Walther Weiss.

Pseudobulbärparalyse, verursacht durch einseitigen corticalen Herd. Von Dr. Karl Schaffer, Budapest. (Zschr. f. d. ges. Neur. 6. 1911.)

Zur vollkommenen Glossolabiopharyngeallähmung ist nicht, wie man bisher postuliert hat, ein doppelseitiger Herd notwendig. Bei einem Falle von assoziierter linksseitiger faciobrachialer Monoplegie mit gleichzeitigem Symptomenkomplex von bulbärer Lähmung deckte die Autopsie einen Erweichungsherd in der rechten vorderen Zentralwindung auf.

Fremel.

II. Nase und Nebenhöhlen.

Zur Behandlung der Rhinitis sicca anterior. Von Dr. Stern, Bad Reinerz. (Ther. d. Gegenw. März 1915.)

St. meint, daß dieses Krankheitsbild nicht genügend beachtet, oder bloß mit indifferenten Salben und Mentholzusatz behandelt wird.

Er hat „mit nie versagendem Erfolge" Euphoren angewendet, u. zw. in Form einer 5—10%igen Salbe, bei welcher Lanolin das Vehikel darstellt. F. Schlemmer.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weitere Beiträge zur Antritis dilatans. Von Prof. P. Gerber. (Zschr. f. Laryng. 8. H. 5. 1918.)

Gerber teilt zuerst einen bisher noch nicht publizierten Fall eigener Beobachtung von Antritis dilatans der Kieferhöhle mit und betont ausdrücklich — differentialdiagnostisch —, daß es sich nicht etwa dabei um eine Kiefercyste gehandelt hat. Anschließend daran werden die Beobachtungen aus der Literatur besprochen, u. zw. der Fall von Dmochowski (Mucocele der Kieferhöhle), sowie die Zusammenstellungen von Boeninghaus und Uffenorde, welche Mucocelen des Siebbeines und der Stirnhöhle betreffen. Die bereits 1902 von G. beschriebene Mucocele der Bulla wird neuerdings erwähnt.

Mucocelen der Keilbeinhöhle werden in der Literatur von Rolland, Berg, Knapp, Polyak, Hajek und Boeninghaus beschrieben.

Nach einigen theoretischen Auseinandersetzungen, die die Mechanik des Zustandekommens der Dilatation betreffen, hebt G. hervor, „daß in den weitaus meisten Fällen die den Mucoceleninhalt umschließende Membran keine ektogene, unabhängig von der Höhlenschleimhaut gebildete „Cystenmembran", sondern die mehr oder minder umgewandelte und zu einem Sack sich abschließende Höhlenschleimhaut selbst ist."

Gerber bespricht dann in extenso eine für alle Ärzte ungemein wichtige Eigenbeobachtung, die einen 22jährigen Zögling einer Blindenanstalt betraf, der zum ersten Male im Jahre 1917 an die Poliklinik wegen Nasenverstopfung kam. Derselbe gab damals an, daß er vor acht Jahren zum ersten Male ein Herabsetzung seines Sehvermögens bemerkte, welcher Zustand sich von Monat zu Monat verschlechterte, wiewohl ihm gleich „Brillen" verschrieben wurden. Vor sechs Jahren wurde die Augenerkrankung bereits als eine aussichtslose bezeichnet und der Kranke dem Blindeninstitut übergeben. Ein Jahr später — also vor 5 Jahren — trat angeblich zum ersten Male Exophthalmus auf, der nach den beigegebenen Abbildungen nunmehr einen enormen Grad — rechts mehr als links — erreicht hatte. Damals verschlechterte sich auch das Hörvermögen.

Bei der vorderen Rhinoskopie wird rechts zwischen Septum und unterer Muschel eine augenscheinlich vom Rachendach herunterkommende Tumormasse sichtbar, die auch bei der hinteren Rhinoskopie als eine das Niveau der Choanen wenig überragende Geschwulstmasse festgestellt wird.

Gestützt auf die eindeutige Anamnese: Die Krankheit begann mit Verschlechterung des Sehvermögens und erst viel später trat die Nasenverstopfung hinzu, sowie auf den objektiven Befund, stellte Gerber gleich primär die Diagnose auf Antritis dilatans, nicht aber auf Nasenrachenfibrom, entfernte rechts einige Polypen und kam auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die glatte Vorderwand der Geschwulst, welche er punktierte. Es „schießt sofort eine braunbierähnliche Flüssigkeit in unaufhaltsamem Strome heraus", die genau ½ Liter mißt und 530 *g* wiegt! Nach zweimonatlicher poliklinischer Behandlung, während welcher sich naturgemäß der Visus nicht mehr besserte, wurde der Kranke wieder dem Blindenheim übergeben.

Gerber betont, daß „die Erfahrung, daß Sehstörungen, die zur Erblindung führen, oft die ersten und lange die einzigen Symptome von an sich heilbaren Nasennebenhöhlenleiden bilden können", Gemeingut aller Ärzte werden müsse! F. Schlemmer.

III. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse.

Über einen Fall von Gingivitis gonorrhoica. Von Alfred Perutz. (Dermat. Wschr. 1918. Nr. 7. S. 102.)

Perutz beschreibt einen Fall von Gingivitis gonorrhoica bei einem 27jährigen Soldaten, der an Urethralgonorrhoe und Epididymitis erkrankt war. Die Erkrankung bot das Bild einer Entzündung des Zahnfleisches namentlich am Unterkiefer in Form von Auflockerung, Schwellung, Ulceration und bläulich-weißem Belag. Auf Druck Entleerung eines gelbgrünen, nicht stinkenden Eiters. Diese Gingivitis reagierte auf zwei im Zwischenraum von 5 Tagen gemachte Vakzineinjektionen mit Schmerzen und vermehrter Salivation, wurde lokal mit H_2O_2 und 5% Choleval behandelt und heilte im Verlaufe weniger Tage mit vollständiger Restitutio ad integrum aus. Mikroskopisch zeigte das Sekret Diplokokken, die sowohl morphologisch als auch tinktoriell den Gonokokken entsprachen und auch den im Harnröhrensekret gefundenen Gonokokken in jeder Hinsicht glichen. Eine kulturelle Untersuchung des Sekretes mußte aus äußeren Gründen unterbleiben, jedoch besteht nach Ansicht des Verfassers kein Zweifel, daß es sich in diesem Falle um eine jedenfalls primär akquirierte Gonorrhoe der Gingiva gehandelt habe. Walther Weiß.

Der hohe Gaumen, seine schädlichen Einflüsse auf den kindlichen Organismus und seine Heilung. Von Richard Landsberger. (Arch. f. Kindhlk. 65. 1916. S. 113.)

Nach Ansicht des Verfassers sind die bei Kindern mit Adenoiden vorgefundenen Störungen weniger durch diese, als vielmehr durch den gerade bei solchen Kindern in den meisten Fällen bestehenden hohen engen Gaumen bedingt. Der hohe enge Gaumen als Folge einer Verengung des gesamten inneren Schädels bedingt vielmehr das Zustandekommen der Adenoiden. (Saugwirkung im luftverdünnten Nasenrachenraum, Gehörstörung, Einziehung des Trommelfelles.) Verfasser hält die Anlage zum hohen Gaumen im Gegensatz zu anderen Autoren für an-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geboren und mit durch die Tatsache begründet, daß beim normalen Embryo die Zahnkeime in schräger zentrifugaler Richtung über dem Nasenboden gelagert sind, also bei ihrem Wachstum den Nasenboden zwingen, nach unten zu rücken (Vergrößerung des Nasenlumens), während sie beim Embryo mit hohem Gaumen in gerader Richtung nach unten, u. zw. unterhalb des Nasenbodens liegen, so daß der Nasenboden beim Wachstum der Zähne nicht mit nach unten rückt. Landsberger fand dies am Tierexperiment bestätigt. Therapeutisch kommt die Gaumendehnung auf kieferorthopädischem Wege in Betracht, wodurch eine Verbreiterung des Nasenbodens erzielt wird. Die Kraftwirkung des Apparates, einer Feder, bzw. federnden Schraube, macht sich unmittelbar an der Sutura palatina geltend. Durch das langsame Auseinanderdrängen der Sutura palatina wird auf alle anderen Schädelnähte und damit auch auf das Breitenwachstum des übrigen Schädels ein trophischer Reiz gesetzt. Behandlung soll möglichst bald einsetzen, bei vorhandenen Wucherungen bald nach der Adenotomie. Dauer der Behandlung durchschnittlich 1—2 Jahre. Altersgrenze annähernd das 16. Lebensjahr, jedoch will Verfasser auch noch bei bedeutend älteren Individuen offenkundige Erfolge erzielt haben. Walther Weiss.

IV. Kehlkopf.

Zur Behandlung der Dysphagie bei Tbc. laryngis. Von Dr. Bruno Goldschmidt, Berlin. (Ther. d. Gegenw. Mai 1914.)

G. empfiehlt das Atophan, mit dem er gute Erfahrungen gemacht hat und die lokale Applikation von Cocain, Alypin und Anästhesin einschränken bzw. vermeiden konnte. F. Schlemmer.

V. Trachea, Bronchien, Oesophagus.

Über Bronchotetanie. Von E. Wieland. (Mschr. f. Kindhlk. 13. 1916. S. 205.)

Es handelt sich bei der Bronchotetanie um einen tonischen Krampf der glatten Bronchialmuskeln entweder als selbständiges isoliertes Krankheitsbild, oder im Verein mit anderen spasmophilen Erscheinungen und äußert sie sich in Dyspnoe und ausgebreiteten Dämpfungsbezirken (Atelektasen) über einer oder beiden Lungen. Das Röntgenbild zeigt bei Bronchialmuskelkrampf eine diffuse Verschleierung der Lungenzeichnung, nicht aber die dunkle Schattenbildung der Pneumonie. Die Sicherheit einer Differentialdiagnose zwischen Bronchotetanie und Pneumonie bei Spasmophilie erfährt eine Einschränkung in den Fällen, wo es sich um kleine oder initiale Veränderungen in den Lungen handelt. Auch hier sieht man röntgenologisch oft nur Verschleierung, ähnlich dem Bilde der bronchotetanischen Lungenatelektase. Das Bronchialasthma unterscheidet sich von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Bronchialtetanie durch eine Besserung auf Adrenalin und durch das Fehlen von Atelektasen. Walther Weiss.

Diätetische Küche für Oesophaguskranke. Von Wilhelm Sternberg, Berlin. (Ther. d. Gegenw. September 1916.)

Weil alle Oesophaguskranken vor allem wissen wollen, was sie essen dürfen bzw. was eben noch die Striktur passiert, empfiehlt sich für den Praktiker die Sondierung mit den verschieden weiten Knöpfen der Callmann schen Randsonde, damit er weiß, wie groß die Stenose ist und man dem Kranken sagen kann, wie groß die einzelnen Bissen sein dürfen. Zäher Oesophagusschleim kann eine gut permeable Stenose temporär zu einer kompletten machen, daher Spülung!

St. ist ein Gegner der schleimigen Konsistenz der Speisen. Er empfiehlt für schwere Fälle von Oesophagusstenosen das Draht- oder Haarsieb, welches sich als „erstes und elementarstes Instrument für die diätetische Küche des Oesophaguskranken" besonders eignet.

F. Schlemmer.

Die elektrische Saugpumpe zur Erleichterung der ösophagoskopischen Untersuchung. Von W. Sternberg, Berlin. (Ter. d. Gegenw. 1915.)

Beschreibung der Saugpumpe (Fabrikat „Sanitas" Berlin), welche Zabludowski als Luftpumpe zur Pneumomassage benützt hat, sowie Hervorheben ihrer Vorteile gegenüber der Brünings'schen Speichelpumpe, deren Anwendung ermüdet und eine Assistenz mehr erfordert.

F. Schlemmer.

VI. Hals, Schilddrüse, Thymus, Mediastinum.

Die Behandlung des Kropfes mit Alivalinjektionen. Von San.-Rat Dr. Radwansky in Neu-Ulm. (Ther. d. Gegenw. 1915.)

Alival ist ein organisches Jodpräparat von den Höchster Farbwerken hergestellt und hat den chemischen Namen Joddihydrooxypropan. Es wird gebrauchsfertig in 1 cm^3 Ampullen geliefert und intramuskulär injiziert. Alivalinjektionen wirken nach R. verkleinernd auf weiche diffuse parenchymatöse Strumen. Befinden sich im Kropfgewebe derbe Knoten von nicht zu harter Konsistenz, so kann die Verkleinerung derselben durch Alivarinjektionen in die Knoten erreicht werden. Auch bei Cystenkröpfen förderte die Alivalinjektion nach der Punktion die Rückbildung des Kropfes. R. hat 50 Strumen mit Alivalinjektionen behandelt und dabei 200 intramuskuläre und 50 intrastrumöse Injektionen von je einer Ampulle gemacht, ohne daß daraus für den Pat. ein Nachteil entstanden wäre.

F. Schlemmer.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten (Vorstand: Prof. H. Neumann).

Über atypische und paradoxe Vestibularreflexe.

Von Dr. **Maximilian Rauch**, Assistent der Klinik.

Von den Reizarten zur Prüfung der Reflexerregbarkeit des statischen Organs — der rotatorischen, pressorischen, thermischen und galvanischen — hat letztere Auslösungsmethode für die Klinik des Vestibularapparates an Bedeutung verloren, seitdem Neumann — nach Exstirpation eines Labyrinths — durch galvanische Reizung einen typischen Nystagmus vom operierten Ohre auslösen konnte und so bewies, daß der Angriffspunkt der Galvanisation nicht der lymphokinetische Apparat, sondern der Nerv selbst ist, der in seinem zurückgebliebenen Stumpfe gereizt wurde. Seither wird der galvanische Strom insbesondere verwendet, um eine Erkrankung des Vestibularis selbst von der des lymphokinetischen Apparates zu differenzieren. Aber auch dieses differentialdiagnostische Mittel muß eingeengt werden, seitdem derselbe Autor nachwies, daß bei starken Strömen auch von der Medulla ein Nystagmus ausgelöst werden kann.

Wir werden daher in folgender Betrachtung die galvanische Reizart weniger berücksichtigen und 1. die Reaktionen des Drehreizes und der thermischen Auslösungsmethode in ihrem atypischen Verhältnis zu einander untersuchen, 2. die atypischen und paradoxen Effekte, die bei den einzelnen Reizarten zutage treten können.

I. Normales und pathologisches Verhalten des rotatorischen und thermischen Reizes zu einander.

Dreh- und kalorischer Reiz, wenn auch in ihrem Effekte gleich, sind doch verschieden bezüglich der Reizstärke und Reizgröße. Der Drehreiz ist der physiologische adäquate Reiz, dessen Stärke beschränkt ist; er entfaltet bei 10 Drehungen seine größte Wirksamkeit, setzt plötzlich an und ist von kurzer Dauer. Der kalorische Reiz ist exzessiver (Neumann), er ist gut dosierbar und bis zu einem gewissen Grade steigerungsfähig. Der thermische Reiz ist aber auch von längerer Wirkungsdauer und klingt langsamer ab als der rotatorische.

Beide Reize sind auch in ihrem Effekte insofern verschieden, als nur der kalorische Reiz bezüglich seiner Richtung und Ebene eine Ab-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hängigkeit von der Kopflage aufweist, d. h.: Wenn wir durch Drehreiz einen der Bogengänge erregen wollen, stellen wir den Kopf der Versuchsperson so ein, daß der betreffende Bogengang in seiner optimalen Lage sich befindet und der Bewegung der Endolymphe der weiteste Spielraum gelassen wird. Der nunmehr ausgelöste Nystagmus ändert bis zu seinem Abklingen Richtung und Ebene nicht, wenn wir auch dem Kopf dann eine andere Lage im Raume geben; der thermisch ausgelöste Nystagmus dagegen ändert durch Lageveränderung des Kopfes auch seine Richtung und Ebene.

Beide Reizarten beruhen auf einer Bewegung der Endolymphe und letzten Endes auf der durch dieselbe ausgelösten mechanischen Reizung der vestibularen Sinnesendzellen.

Was kann nun für die Verschiedenheit des Effektes beider Reizarten verantwortlich gemacht werden?

Sind die durch Rotation und Kalorisation hervorgerufenen Endolymphbewegungen verschieden geartet oder ist die Angriffsweise beider eine andersartige oder ist beides der Fall?

Was nun die durch Rotation hervorgerufene Endolymphbewegung betrifft, so handelt es sich um eine Massenverschiebung, um eine Lokomotion der ganzen Flüssigkeitssäule in dem betreffenden Bogengang, die beim plötzlichen Haltmachen nach der Drehung ihre ganze vorwärtsstrebende Energie auf die Sinnesendzellen überträgt und bei diesem Anprall auch ihre ganze Kraft auf einmal ausgibt.

Bei der kalorischen Reizung handelt es sich — wenn die Abkühlungs- bzw. Erwärmungstheorie herangezogen wird — um eine molekulare Bewegung der Labyrinthflüssigkeit, um ein langsames Einschleichen und allmähliches Anwachsen und Erstarken der Zirkulationsenergie, die sich in gleicher Form auf die Endstellen des Vestibularis überträgt. So steht der gröberen rotatorischen Reizungsart die feinere subtilere der Kalorisation gegenüber. Trotzdem kann der Anschauung mancher Autoren, daß der adäquate Drehreiz der stärkere sei, nicht zugestimmt werden; das gilt zweifellos für normale Gehörorgane; daß aber auch in pathologischen Fällen der kalorische Nystagmus von größerer Wertigkeit ist, beweist schon der Umstand, daß wir einen pathologischen sogenannten spontanen Nystagmus wohl durch Kalorisation — nicht aber durch Drehreiz — abschwächen resp. kompensieren, ja sogar umändern können bezüglich seiner Richtung und Schlagebene.

Bevor wir diesen pathologischen Fällen in ihrem Verhalten zum kalorischen und Drehreiz nähertreten, einiges über die Endstätte des Nervus vestibularis selbst: Es wird angenommen, daß bei beiden Reizmethoden eine Verschiebung der ganzen Cupula erfolgt, wobei der An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spannung der einen Hälfte der Zellhaare eine Relaxion der anderen Hälfte entspricht, und daß es die Anspannung ist, die durch Zug auf die Deckplatte der Sinneszellen den Reiz überträgt.

Dieser Reiz wird um so größer sein, je größer die Elongation der Abknickung ist, und diese ist wieder von der Elastizität der Sinneshaare abhängig. Die Exkursionen der Cupula werden bei der Kalorisation in bezug auf ihren Größen- und Energiewert andere sein, wenn die Cupula einem elastischen, andere, wenn sie einem pathologisch veränderten, mehr starren Faserbüschel aufliegt: Im ersten Falle eine durch Interferenz allmählich anwachsende Druckwirkung, im letzteren Falle gleichbleibende, nicht mehr steigerungsfähige Impulse.

Wenn wir von der Konsistenz der Endolymphe absehen (davon später) und bloß die Endstellen des Vestibularis bezüglich ihrer größeren oder geringeren Zugänglichkeit für den kalorischen oder rotatorischen Reiz ins Auge fassen, so müssen wir aus rein physikalischen Erwägungen sagen: Je elastischer (normaler) die Zellhaare, desto ansprechbarer für den langsam ansteigenden kalorischen Reiz, je starrer (pathologischer), desto ansprechbarer für eine einzige forciertere Druckwirkung, wie sie dem Drehreiz entspricht. Diese Erwägung kann für die Erklärung der Tatsache herangezogen werden, daß bei gleicher Konsistenz der Labyrinthflüssigkeit der Nerv. vestibul. — in gewissen pathologischen Fällen — bald für den kalorischen, bald für den Drehreiz sich ansprechbarer erweist.

Ein kalorisch prompt funktionierender Vestibularapparat setzt eine normale Beschaffenheit und unbehinderte Beweglichkeit der Endolymphe voraus; Störungen im lymphokinetischen Apparat werden daher in erster Linie Störungen in der kalorischen Reflexerregbarkeit hervorrufen, die sich in einer größeren oder geringeren Untererregbarkeit bis zur Unerregbarkeit manifestieren.

Nun können pathologische Veränderungen in der Beschaffenheit der Endolymphe eine etwa vermehrte Dichte, vielleicht auch nur gesteigerte Druckverhältnisse nicht nur die Beweglichkeit der Endolymphe selbst alterieren, sondern auch für die Schwingungsgröße der Zellhaare nicht ohne Einfluß sein. Dabei darf nicht vergessen werden, daß die Beweglichkeit der Labyrinthflüssigkeit noch von einem anderen Faktor abhängt, nämlich der Glätte der Wandungen des Weichlabyrinthes. Schon Quellungszustände des das häutige Labyrinth auskleidenden Plattenepithels — wie wir sie z. B. schon bei der serösen Labyrinthitis annehmen müssen — kann die Beweglichkeit der Endolymphe retardieren.

Wir sehen, wie vielfachen Störungen der feine und zarte Mechanismus des Vestibularapparates unterworfen ist und wie schon ganz geringe Veränderungen störend auf die Reflexerregbarkeit desselben wirken können

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und wie leicht die Voraussetzung für die bessere Angriffsmöglichkeit der einen oder anderen Reaktion eine Verschiebung erfahren kann.

Solche Störungen können dreierlei Art sein: Entzündungen, toxische Prozesse, Traumen. Die durch diese Schädigungen hervorgerufenen pathologischen Verhältnisse beziehen sich — wie wir ausgeführt haben — auf die Beschaffenheit der Endolymphe, auf die Druckverhältnisse im Labyrinth, auf den Zustand der Wandungen im häutigen Labyrinth sowie auf den Grad der Elastizität der Zellhaare, wobei wir die gröberen Störungen, die Erkrankung der Sinnesendzellen, des Nerven selbst, seiner zentralen Bahnen und Stationen ganz unberücksichtigt ließen.

Diese Störungen manifestieren sich in Beeinträchtigung oder gänzlicher Aufhebung der Reflexerregbarkeit der rotatorischen oder thermischen oder beider Reize. Wenn wir auch in manchen pathologischen Fällen von kalorischer Unerregbarkeit durch Drehung noch eine Reaktion provozieren können, so sprechen diese übrigens selteneren Fälle noch nicht für eine stärkere Reizwirkung der Rotation; sie ist nur andersartig, wir könnten sagen, ihr Angelpunkt ist anderswo liegend.

Tatsächlich gehört das Erloschensein der kalorischen bei erhaltener Drehreaktion zu den weit selteneren Erscheinungen als umgekehrt. Für atypische Reaktionen bezüglich des Verhältnisses beider Reizarten zu einander liefert die Syphilis das größte Kontingent.

Bei der Besprechung der Abnormitäten und Schwankungen in der Reflexerregbarkeit des statischen Labyrinthes sagt Alexander[1]), daß sich das pathologische Verhalten der Reflexerregbarkeit in der Weise dokumentiert, daß der Drehreiz erloschen, der kalorische und galvanische Reiz erhalten ist; selten umgekehrt. Und im selben Werke an anderer Stelle: „ . . . . . Es handelt sich darum, daß die Nervenendstellen für den adäquaten Reiz (Drehung) nicht mehr erregbar sind, dagegen für den weit stärkeren kalorischen Reiz sich noch erregbar zeigen. Die Ursache dieser Erscheinung ist wohl in Veränderungen der Endolymphe zu suchen. In einzelnen Fällen hat der flüssige Inhalt Veränderungen erfahren. Dagegen gehören die Befunde, wonach bei noch erhaltener Erregbarkeit auf dem Drehstuhl die kalorische und galvanische Prüfung negativ ausfällt, in das Kapitel der Versager, die bei luetischen Fällen häufiger sind als bei nicht luetischen. Es scheint bei der Labyrinthsyphilis der enge logische Zusammenhang im Ausfall der verschiedenen Prüfungsmethoden der reflektorischen Erregbarkeit des statischen Labyrinthes gelockert oder gänzlich aufgehoben zu sein."

[1]) Syphilis des Gehörorganes. Handbuch der Geschlechtskrankheiten III/2

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wir haben ja der vielen Schädigungen Erwähnung getan, denen das statische Labyrinth unterworfen ist, und halten wohl für die häufigste die Alternation der Labyrinthflüssigkeit sowohl bei der akuten nicht spezifischen, als auch bei der luetischen Labyrintherkrankung, hier namentlich im rezenten Stadium der Lues mit den Exsudatbildungen in peri- und endolymphatischen Räumen und konsekutiven Störungen in der Lymphzirkulation. Die Störungen, die hier auftreten, werden sich bezüglich der Reflexauslösung des Vestibularis gewiß auch anders äußern, als im späten Stadium mit bereits eingetretener Verödung der peri- und endolymphatischen Räume, gewiß auch anders bei den Heredoluetikern mit ihren gehäuften Abnormitäten der vestibularen Reflexerregbarkeit; wir wollen nur an das sogenannte Fistelsymptom bei intaktem Trommelfell und unversehrter Labyrinthwand erinnern.

Die Lues bietet so häufig Bilder atypischer Reflexerregbarkeit, daß wir oft erst durch diese auf eine luetische Infektion aufmerksam werden und nach ihr forschen. Man kann sagen: Ergeben sich bei der Untersuchung des Ohrlabyrinths bezüglich der Reflexerregbarkeit bei den einzelnen Reizarten Disharmonien, die sich nicht ohne weiteres durch die früher erwähnten Momente erklären lassen, so ist stets auf Lues zu requirieren (die Erörterung, inwiefern das Verhältnis der Schädigung beider akustischer Nerven zueinander für die Diagnose der luetischen Erkrankung des Labyrinths in Betracht kommt, würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten).

Die Literatur ist ziemlich reich an Fällen von atypischem Verhalten der einzelnen Reizarten zu einander; diese Fälle bieten bloß Varianten desselben Phänomens, so daß wir uns begnügen wollen, die Klinik eines einzigen Falles kurz anzuführen:

Pat. L. M., 43 Jahre [2]), wird wegen eines Rezidivs einer chronischen rechtsseitigen Mittelohreiterung mit Facialisparese und intensiven Kopfschmerzen an die Klinik gewiesen. Die Untersuchung ergibt r e c h t s ein in toto gerötetes und geschwollenes Trommelfell mit Attikfistel, normale Hörschärfe, Unerregbarkeit für den kalorischen Reiz bei prompt auslösbarem Drehnystagmus; l i n k s das gleiche vestibulare Verhalten, aber auch nervöse Taubheit; normale Membran. Nach Drehreaktion typisches Vorbeizeigen. Typische Fallbewegung bei R o m b e r g. W a s s e r m a n n: Serum positiv, Liquor positiv. Zytologische Untersuchung: Globulin-Reaktion 1:1, milchtrüb, bei 5facher Verdünnung trüb, Lymphocyten 578, polynukleäre Leukocyten 56, N i s s e l 2,0, wasserklar ohne Gerinnsel.

[2]) Vorgestellt in der Öst. otolog. Ges., April 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diagnose: Otitis med. supp. chron. (Rezidiv) aur. dext., Meningitis luetica, Neuritis nervi fac. specifica, Affectio specifica nervi cochl. aur. sin. et partim nervi vestibul. aur. utriusque.

Eine eingeleitete antiluetische Kur macht die Facialisparese verschwinden, beseitigt die Kopfschmerzen und hebt die kalorische Reflexerregbarkeit beider Vestibularnerven; Cochlearisaffektion unbeeinflußbar.

In diesem Falle wurde der Verdacht einer luetischen Affektion einerseits aus der linksseitigen Cochlarisparalyse bei teilweise erhaltener Reflexerregbarkeit der Vestibularis geschöpft, andrerseits aus dem abnormalen Verhältnis der Dreh- zur kalorischen Reaktion beider Vestibularapparate. Die sero- und zytologische Untersuchung hat meine Annahme bestätigt.

Ein viel festeres Verhältnis und eine größere Konstanz im Verhalten vom Dreh- und kalorischen Nystagmus zu einander finden wir bei den nicht spezifischen akuten und chronischen Erkrankungen des Ohrlabyrinths. Schon bei Fällen mit Fistelsymptomen finden wir eine trägere kalorische Reflexauslösung bei gut funktionierender Drehreaktion. Wir können uns diese Tatsache aus der mit dem Bogengangsdefekte fast stets einhergehenden circumscripten Labyrinthitis erklären, die eine Änderung in der Beschaffenheit der Endolymphe und ihres spezifischen Gewichtes hervorruft, wodurch eine Störung in der feinen molekulären Beweglichkeit der Labyrinthflüssigkeit erfolgt; noch mehr ist dies bei der serösen Labyrinthitis der Fall.

Anders aber bei toxischen Prozessen. Durch diese bleibt die Konsistenz der Endolymphe unberührt, während die Sinnesendzellen des Vestibularis resp. dieser selbst eine Schädigung erfährt. Wir finden daher in diesen Fällen negative rotatorische Reflexe bei erhaltener kalorischer Reaktion. So hat E. Ruttin einen Fall von Gasvergiftung beschrieben, bei dem die Drehreaktion bei erhaltener kalorischer Reaktion vollständig fehlte, und E. Urbantschitsch in der Öst. otolog. Ges., Januar 1916, einen Patienten mit toxischer Aufhebung der Drehreaktion (durch Jodoform ausgelöst) vorgestellt bei normaler kalorischer Reflexerregbarkeit.

Bei Traumen nicht schwerer Natur, wo es sich um eine Schädigung, nicht Untergang des Nervenendapparates handelt, werden wir ähnliche Verhältnisse erwarten. Wir können im allgemeinen sagen: Störungen im lymphokinetischen Apparat rufen Störungen in der kalorischen Reflexerregbarkeit bei erhaltener Drehreaktion hervor; Schädigungen, die die Sinnesendstellen oder den Nerven selbst betreffen, wo aber ein Intaktsein der flüssigen Elemente angenommen werden kann, weisen in der Regel kalorische Erregbarkeit bei geringerer oder aufgehobener Drehreaktion auf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wo das Gegenteil angegeben wird, handelt es sich um Kuriositäten oder, wie der allgemeine Ausdruck dafür lautet: um „Versager".

II. Die atypischen Effekte bei den einzelnen Reizarten.

(Atypische Fistelsymptome; Nystagmusanfall, Dauernystagmus; atypische, kalorische, thermische und galvanische Reaktionen.)

1. Atypische Fistelsymptome.

Analog dem Ewaldschen Versuch mit der direkten mechanischen Reizung des Weichlabyrinths des Tauben erhalten wir bei Labyrinthkapselfissuren durch Kompression des äußeren Gehörganges einen zur gleichen Seite, durch Aspiration einen zur entgegengesetzten Seite gerichteten Nystagmus, „gerades Fistelsymptom"; sind jedoch zufolge einer mit einer Labyrinthfistel öfters einhergehenden circumscripten Labyrinthitis bei der Kompression Widerstände für die ampullopetale Bewegung der Endolymphe gegeben, so erfolgt die Strömung zur entgegengesetzten Seite, „umgekehrtes Fistelsymptom".

Es sind auch Fälle beobachtet, wo pressorischer und Entlastungsnystagmus in die gleiche Richtung schlugen. Bei multiplen Fisteln in verschiedenen Bogengängen — wie sie allerdings selten bei Tuberkulose beobachtet wurden — kann es vorkommen, daß bei dem einen oder anderen Versuche verschieden gerichtete Nystagmen auftreten, ja, daß sogar der Kompressionsnystagmus in eine andere Ebene schlägt als der Aspirationsnystagmus, z. B. das eine Mal ein horizontaler, das andere Mal ein vertikaler oder diagonaler Nystagmus. Wojatschek berichtet über einen Fall von Otosklerose, wo bei Druck im äußeren Gehörgang die Augäpfel der Patientin eine einmalige Wendung in der sagittalen Ebene machten, dabei bewegte sich die Cornea von oben nach unten. Hörte der Druck auf, so gingen die Augen in die ursprüngliche Lage zurück. Denselben Reflex, jedoch in geringerem Grade, sah er auch bei einem anderen Patienten mit chronischer Otitis.

Er schließt, daß man es in diesen beiden Fällen „mit einer Reizung des Sacculus und Utriculus, die auf progresse Beschleunigung regieren", zu tun habe. — Fistelsymptome ohne Bogengangsschädigung bei intaktem Trommelfell sind an Patienten mit hereditärer Lues beobachtet worden. Die Auslösung derselben ist wahrscheinlich mit einer abnormen Beweglichkeit des Steigbügels infolge luetischer Periostitis im Labyrinth zu erklären; nicht aber — unserer Meinung nach — mit abnormer Erregbarkeit des Labyrinths selbst, die gewöhnlich bei Heredoluetikern herabgesetzt ist. Daß dem so ist, beweist der Fall mit Fistelsymptom bei intakter Membran, den Alexander in der Öst. otolog. Ges. 1910 vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellte. Es handelte sich um eine Spätform einer heredoluetischen Erkrankung des Gehörorganes, bei der der Endapparat auf Drehung gar nicht, auf Kalorisation nur im geringen Grade ansprach.

Mitunter werden bei Mittelohrkatarrhen gelegentlich einer Luftdusche Schwindelanfälle mit sichtbarem Nystagmus ausgelöst; dieser Nystagmus zeigt selten jenen kräftigen und frequenten Charakter wie bei „echten" Fistelsymptomen.

Letzthin sahen wir ihn bei einem Fall mit schleimigem Katarrh des linken Ohres. Beim Politzerschen Verfahren trat ein rotatorischer Nystagmus I. Grades zur kranken Seite auf und dauerte ca. 30 Sekunden. Eine unmittelbar nach dem Abklingen des Nystagmus neuerlich vorgenommene Lufteintreibung konnte das Symptom nicht mehr provozieren; erst nach einiger Zeit war dies der Fall. Dann trat wieder eine Erschöpfung für den Nystagmus auf, bis dann wieder eine Zeit lang später eine Reflexauslösung erfolgen konnte. So lange der schleimige Katarrh bestand, konnte das Phänomen beobachtet werden. Als mit Vornahme einer Paracentese die Krankheit ihren Abschluß fand, hörte auch die Möglichkeit auf, den pressorischen Nystagmus zu erzeugen. Vielleicht handelt es sich hier um eine Durchfeuchtung des Ringbandes der Steigbügelfußplatte und der Membrana secundaria und eine dadurch erfolgte leichtere Beweglichkeit des Stapes und leichtere Ausweiche der Fenstermembran; vielleicht aber um eine durch die Lufteintreibung bewirkte plötzliche Relaxation der Gehörknöchelchenkette und derzufolge eine Beeinflussung der Endolymphe.

Ein vertikales Fistelsymptom hat Ruttin beobachtet; ebenso Bárány bei einem Fall von Mastoidoperation, und zwar bei Kompression einen stärkeren Ausschlag nach unten, bei Aspiration einen geringeren nach oben. Das Merkwürdige an diesem Fall war, daß das Fistelsymptom auch von der retroaurikulären Narbe aus auf Druck in Antrumhöhe ausgelöst werden konnte, und zwar zeigte sich hier das entgegengesetzte Verhalten bezüglich der Nystagmusrichtung als bei Druck im Gehörgang. Bárány erklärt das Phänomen, indem er annimmt, daß die Kompression durch den Gehörgang die Fenstermembran eindrückt und die Endolymphe bei der Fistelöffnung ausweicht; beim retroaurikulären Druck dagegen die Fistel direkt getroffen wird, wobei die Fenstermembran nach außen abweicht.

V. Urbantschitsch (Öst. otolog. Ges. 1915) berichtet über ein ähnliches Phänomen: Fall mit Fistelsymptom bei einer operierten Cholesteatomatitis, wo durch Druck auf einer kleinen Stelle am Hinterhaupt nahe dem hinteren Rande des Warzenfortsatzes ein Fistelsymptom ausgelöst wurde. Anästhesierung dieser Stelle mit Chloräthyl hob den Ny-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stagmus auf; etwas ähnliches fand er bei einer ohrgesunden Patientin; in anderen Fällen sah er durch Druck auf den Warzenfortsatz, Nacken oder die seitlichen Halspartien, ja selbst durch akustische Einwirkung einen Nystagmus auftreten. Diesen Nystagmus bezeichnet er als „reflektorischen" und erwähnt gelegentlich dieser Erörterung auch reflektorische Nystagmusauslösung anderer Autoren, so Burkner (Nystagmus beim Einführen eines Trichters oder infolge angestrengten Hörens), Beaunis (Fremdkörper im Ohr), Ostino (von der Nasenhöhle aus), Bárány (Aufsetzen einer Stimmgabel auf den Warzenfortsatz).

Bekannt ist, daß mitunter durch Zirkulationsstörungen der Nystagmusreflex ausgelöst werde, so durch Kompression der Carotis (E. Urbantschitsch, O. Beck) sowie durch Druck auf das große Emissarium am Warzenfortsatz (Ruttin). Beim Falle Bondy, wo nach Labyrinthoperation ein vorher bestandenes Fistelsymptom noch weiter ausgelöst werden konnte, muß angenommen werden, daß das Labyrinth bei der Operation nicht ganz zerstört wurde, sondern noch Reste desselben intakt geblieben sind; vielleicht, daß der durch die Labyrinthoperation eröffnete sagittale Bogengang durch Entzündung und konsekutive bindegewebige Verklebung des Kanals vom Vestibulum und dem frontalen Bogengang abgeschlossen war und daß der horizontale Bogengang durch die Operation unentleert blieb.

2. Nystagmusanfall und Dauernystagmus.

Wir wollen diese beiden interessanten Erscheinungen dem Punkte II der Arbeit subsumieren, wiewohl sie eigentlich unter einem besonderen Kapitel abgehandelt werden sollten, als: ungewöhnliche Nystagmusarten.

Das erste Phänomen, die „Nystagmusanfälle", wurden von Bruns und Oppenheim als die ersten beobachtet. Bruns glaubte, sie seien ein Symptom für den Cysticercus des IV. Ventrikels; Oppenheim beschreibt sie als Symptom für Kleinhirntumoren. Bárány fand sie überdies auch bei multipler Sklerose und erklärt sie „durch das Nichteintreten von Hemmungen, indem während der Kopfbewegung ein Nystagmus ausgelöst wird, der beim Stehenbleiben nicht gehemmt wird". Diese Anfälle werden bei raschen Kopfbewegungen ausgelöst und verschwinden nach kurzer Zeit wieder.

Auch Ruttin hat in der Öst. otolog. Ges., Januar 1918, einen Patienten mit sonst kalorisch unerregbarem Labyrinth demonstriert, bei dem am ersten Tage der Prüfung der Kalorisation das eine Ohr ein negatives Resultat ergab, das zweite stark erregt wurde. Alle dann wieder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

holten Prüfungen ergaben vollständige Unerregbarkeit beider Labyrinthe für thermischen Reiz. Dieses einmalige Auslösen des Nystagmusreflexes hält Ruttin für einen „Nystagmusanfall". Wir selbst haben in den allerletzten Tagen solche Nystagmusanfälle beobachtet. Es handelt sich um ein 5jähriges Kind mit tuberkulöser Otitis links und sonstigen Erscheinungen einer schweren spezifischen Allgemeinerkrankung.

Das erkrankte Ohr konnte kräftige Stimme noch perzipieren und war kalorisch erregbar. Links Facialisparese. Unmittelbar vor der Aufmeißelung, als der kleine Patient auf den Operationstisch gelegt wurde, bemerkten wir das plötzliche Auftreten eines überaus starken vertikalen Nystagmus nach oben, der ca. 2 Minuten dauerte. Durch Aufrichten und Wiederhinlegen des Patienten konnte jedesmal das Phänomen ausgelöst werden. Mitunter wechselte der Nystagmus seine Richtung und setzte sich in einen zur gesunden Seite gerichteten rotatorischen um. Während der Narkose schlugen Versuche, einen Anfall auszulösen, fehl; erst nach Operation gelang es einige Male wieder, durch Kopfbewegungen den Nystagmusanfall zu provozieren; diesmal war der Nystagmus rotatorisch zur kranken Seite. Wir wollen noch erwähnen, daß die Operation einen fingergliedgroßen Sequester aufdeckte, der das obere Drittel der hinteren Gehörgangswand einschloß und die Radikaloperation präformierte. Bogengang sehr stark angerauht, von der Umgebung kaum differenzierbar. Ein weiterer Nystagmusanfall konnte seit der vor 6 Tagen vorgenommenen Operation trotz wiederholter Versuche nicht erzielt werden. Die Frage, woher der Nystagmus induziert war, läßt sich vorderhand nicht entscheiden. Der Wechsel in der Richtung und Ebene spricht eher für Kleinhirn; vielleicht, daß wir es hier mit den ersten Reizerscheinungen eines Kleinhirntuberkels zu tun haben.

Im Gegensatz zum Nystagmusanfall steht der „Dauernystagmus". Derselbe wurde zuerst von Rothfeld als horizontaler Nystagmus am Kaninchen mit akuter Alkoholintoxikation bei Seitenlage beobachtet und trat auf, sobald die Lähmung der normaliter auftretenden Deviation bei Seitenlage sich zeigte. Da ein dauernder Nystagmus, der von der Kopflage abhängt und mit der Kopflage wechselt, nur einem dauernden besonderen Reiz, der sich in dieser Kopflage geltend macht, entspringen kann, so nahm Rothfeld die Schwere als reizauslösend an, also Einfluß der Schwerkraft auf die Cupula und Otolithen. Dieser Reiz muß schon beim Normalen dauernd vorhanden sein, führt Rothfeld aus; daß er keinen Nystagmus verursacht, kann nur dadurch bedingt sein, daß er beim Normalen gehemmt wird. Es muß der Reiz, welcher z. B. Nystagmus nach links bewirkt, durch einen entgegengesetzten Reiz,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Nystagmus nach rechts bewirkt, gehemmt werden. Eine Vergiftung bzw. Erkrankung kann nun entweder diesen entgegengesetzten Nystagmus lähmen oder die Erregbarkeit für den Nystagmus nach links steigern. Rothfeld konnte in der Tat eine Lähmung der Deviation beobachten, die zeitlich mit dem Auftreten des Nystagmus in der Seitenlage zusammentraf.

Bárány stellte in der Öst. otolog. Ges., Januar 1913, einen Patienten mit multipler Sklerose vor, der die Erscheinung des „Dauernystagmus" aufwies. Beim Blick geradeaus war kein oder nur sehr geringer Nystagmus nach links zu sehen; bei Neigung des Kopfes nach rechts (auch wenn dieselbe ganz langsam und allmählich erfolgte), ebenso wenn der Patient von der Rückenlage in die rechte Seitenlage sich ganz langsam umdrehte, trat ein ziemlich starker horizontaler und leicht rotatorischer Nystagmus nach links auf, der bei Beibehaltung der Kopfstellung anscheinend unbeschränkt lange Zeit bestehen kann. Bei Neigung des Kopfes nach links trat ein sehr schwacher, aber doch deutlicher Nystagmus horizontalis nach rechts auf, der ebenfalls unverändert anhielt. Bárány glaubt, daß in diesen Fällen die Gegenrollung der Augen bei Kopfneigung gelähmt sei und hier ein Analogon zur Rothfeldschen Beobachtung von Dauernystagmus vorliege.

III. Atypische kalorische, thermische und galvanische Reaktionen.

Hierher gehört ein von Neumann publizierter Fall mit paradoxer kalorischer Reaktion. Es handelte sich um einen linksseitigen Acusticustumor. Diese Seite war taub und unerregbar, während die rechte gesunde Seite, kalt gespült, einen Nystagmus zur selben Seite ergab.

Gatscher hat eine paradoxe Reflexauslösung auf dem Drehstuhl beobachtet: Nachnystagmus in die Richtung der Drehung.

Auch für den paradoxen galvanischen Nystagmus existiert ein Analogon. Es betrifft einen Fall, den Hofer und Bárány in der Öst. otolog. Ges., August 1912, vorstellten: Chronische linksseitige Otitis mit Labyrinthfistel, bei dem die Kathode rechts angesetzt, einen linksgerichteten Nystagmus erzeugte; die Anode rechts: Nystagmus nach rechts. Mit dem Verschwinden des Fistelsymptoms verschwand auch dieses abnorme Verhalten. (Bei einseitigen Labyrintherkrankungen hat Ruttin in einigen Fällen galvanischer Reizung eine Auslösung des Nystagmus nur zur gesunden Seite beobachtet und dieses Phänomen als paradoxe galvanische Reaktion bezeichnet.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diese Versager bei den verschiedenen Reizarten sind nicht leicht zu erklären; vielleicht handelt es sich um schlechte Leitungsbedingungen, vielleicht — wie Ruttin für einen seiner Fälle glaubt — „um zentrale Störungen in der Weise, daß die feine Differenzierung in der Wirksamkeit der ampullopetalen und ampullofugalen Strömung nicht zum Ausdruck kommt". Für atypische Auslösung des Vestibularreflexes sind eher zentrale Störungen anzusprechen. So berichtet Neumann („Der Nystagmus und seine klinische Bedeutung") von einem Fall mit Hirntumor, wo er durch kalorischen und Drehreiz in allen Kopfstellungen stets einen horizontalen (niemals einen rotatorischen) Nystagmus provozieren konnte, und erklärt diese Erscheinung mit einem Druck auf das Velum medullare superius, wo der Trochlearis sich kreuzt. Der Druck hinderte diesen Nerven, sich an der Formation des Nystagmus zu beteiligen. Derselbe Autor erwähnt noch einen zweiten gleichen Fall. Erst bei einer späteren Untersuchung, als bereits auch eine Abducenslähmung sich entwickelt hatte, konnte der Nystagmus in typischer Weise ausgelöst werden. „Es scheint", sagt Neumann, „daß auch eine Änderung in der Spannung der Cerebrospinalflüssigkeit genügt, um dieses atypische und paradoxe Verhalten des Nystagmus in Erscheinung zu bringen."

Wir wollen noch über einen Fall aus eigener Beobachtung berichten, wo durch Rotation bei allen Stellungen des Kopfes bloß vertikaler Nystagmus ausgelöst werden konnte. Es handelt sich um einen 40jährigen Patienten, der seit 6 Jahren an einer chronischen Mittelohreiterung links leidet und vor 2 Jahren durch ein Sprengstück einer Granate an der rechten Schläfe verwundet wurde und 24 Stunden lang bewußtlos war. Seit dieser Zeit zeitweise auftretende Kopfschmerzen im Hinterhaupt und Schwindel. Rechts: Normale Verhältnisse. Links: Fötide Eiterung. Pauke mit obturierenden Granulationen erfüllt. Affectio nervi cochlear. (taub). Kalorischer Nystagmus nicht auslösbar. An manchen Tagen leichter horizontal-rotatorischer Nystagmus nach rechts beim Blick nach rechts; an anderen Tagen ganz geringer vertikaler Nystagmus nach oben; gewöhnlich (Patient steht schon seit Monaten in Beobachtung) kein spontaner Nystagmus. Drehung nach links in allen Kopfstellungen ergibt einen vertikalen Nystagmus. Nun die Frage, ob diese Erscheinung auf eine labyrinthäre, mit der Otitis im Zusammenhang stehende Ursache zurückzuführen sei, oder auf eine retrolabyrinthäre Schädigung, wozu das Trauma Veranlassung gegeben haben mag. Wir glauben, daß das letztere der Fall sei, und möchten eine traumatische Schädigung des kaudalen Teiles des Deiterskernes annehmen, der so für eine Reflexauslösung ausgeschaltet ist, so daß bloß der orale Teil (nach Marburg mit dem vertikalen Nystagmus in Beziehung stehend) in Funktion tritt. Daß

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kalorisch kein Nystagmus ausgelöst werden kann, wäre aus den schlechten Leitungsverhältnissen zufolge des Granulationspolsters zu erklären. Überdies spricht auch der zeitweise auftretende spontane Nystagmus mit wechselnder Schlagebene und Richtung für eine zentrale Reizung.

Ein Kuriosum — in einer kalorischen Reflexauslösung nach Labyrinthoperation bestehend — wird von E. Urbantschitsch berichtet. Der Fall ist in gleicher Weise zu erklären wie der früher erwähnte Fistelfall Bondys. Die sehr interessante histologische Beobachtung Mayers von einer regenerativen Wucherung der Nervenfasern und Durchwachsung einiger neugebildeter Nervenfasern durch eine Operationsnarbe, die er an einem von ihm operierten Falle konstatieren konnte, kann zur Erklärung des Falles E. Urbantschitschs nicht herangezogen werden; denn direkte kalorische Reizung der Nervenfasern selbst löst nach den Tierexperimenten Kubos keine Reaktion aus.

Mit diesen Beispielen sind die Varianten der atypischen Reflexauslösung noch nicht erschöpft. Wir haben uns begnügt, bloß einige markante Fälle anzuführen. Viele derselben lassen sich — sofern es sich nicht um zentrale Störungen handelt — aus der Verschiedenheit der Angriffsweise beider Reizarten erklären, wobei unsere einleitenden Beobachtungen über die Abhängigkeit des kalorischen und Drehreizes vom spezifischen Gewicht der Labyrinthflüssigkeit, von der Elastizität der Sinneshaare sowie vom Zustand der Auskleidung des Weichlabyrinths zur Lösung mancher Fragen beitragen soll.

Bemerkung zur Geschichte des auropalpebralen Reflexes.

Von Prof. **M. Bartels**, Frankfurt a. M.

Der Gehörreflex, der eigentliche auropalpebrale Reflex, wird neuerdings gewöhnlich als zuerst von Bechterew 1903 beobachtet beschrieben. v. Stein beschreibt ihn aber weit früher. In seiner so sorgfältigen, leider so vielfach übergangenen Monographie (Die Lehre von den Funktionen der einzelnen Teile des Ohrlabyrinths. Jena 1894. Die russische Ausgabe ist schon 1892 erschienen) führt der Autor unter den reflektorischen Schallerscheinungen an: „2. Das Blinzeln der Augenlider. Diese Reflexbewegung wird nur bei starken Tönen wahrgenommen und zeichnet sich durch keine besondere Empfindlichkeit und Konstanz aus. Bei Meerschweinchen tritt sie bisweilen ziemlich kräftig auf."

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. Juni 1919.

Vorsitzender: H Frey.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

O. Beck: **Infiltrierende Form der Mittelohrtuberkulose.** (Demonstration histologischer Präparate.)

Der 17jährige Pat., den ich mir vorzustellen erlaube, war bis zum Februar dieses Jahres stets ohrgesund. Über Kinderkrankheiten weiß er nichts Genaueres anzugeben. Mitte Februar hatte er das Gefühl der Schwere und Völle im Kopfe, starkes Ohrensausen und gleichzeitig bemerkte er hochgradige Schwerhörigkeit am rechten Ohr. Ausfluß bestand nicht.

Am 13. III. suchte er die Ohrenklinik auf. Es bestand am rechten Ohr ein diffus gerötetes Trommelfell, an dem keine Details sichtbar waren. Das Gehör betrug $^1/_4$ *m* Konv.-Spr., Fl.-Spr. ad concham; Weber nach rechts lateralisiert, Rinne negativ, Knochenleitung verlängert, kein spontaner Nystagmus. Linkes Ohr normal. Bei der Paracentese entleerte sich kein Sekret. Drei Tage später bestand ganz minimale Sekretion durch einige Tage, die dann wieder völlig sistierte. Da der Zustand des Ohres sich nicht besserte, wurde am 27. V. wieder eine Paracentese vorgenommen. Nach dieser Paracentese trat geringe Sekretion auf, die zeitweilig ganz sistierte, um wieder auf einige Tage zu erscheinen. Das Trommelfell ist diffus gerötet, von unebener Oberfläche und es macht den Eindruck, als ob es sich um einen Granulationstumor handeln würde. Ein Stückchen dieser Granulationen wurde der histologischen Untersuchung zugeführt (Demonstration des Präparates) und zeigte typische Tuberkeln mit Riesenzellen und Epitheloidzellen. Das Gehör ist bis zum heutigen Tage unverändert schlecht, wie am 13. III. Ebenso minimale und zeitweise gar keine Sekretion, keine Senkung der Gehörgangswand, der Labyrinthbefund ist normal.

Interner Befund: Beiderseits abgelaufene Spitzenaffektionen, Pirquetsche Reaktion positiv.

Es handelt sich in diesem Falle um eine infiltrierende Form der Mittelohrtuberkulose. Bezüglich der Literatur, auf die ich an dieser Stelle nicht näher eingehen will, verweise ich auf das zusammenfassende Referat über die Tuberkulose des Mittelohres von Brieger. Ich will nur kurz erwähnen, daß Brieger hervorhebt, daß die infiltrierende Form die ohne Sekretion verlaufenden trockenen Formen der Mittelohrtuberkulose umfaßt. Ganz ohne exsudative Vorgänge läuft allerdings auch diese Form kaum jemals ab. Nur ist entweder die Absonderung in der Pauke so gering, daß sie übersehen werden kann, oder sie ist nur teilweise bemerkbar, so daß auch hier der chronische trockene Verlauf durch Perioden vom Typus der akuten oder chronischen Eiterung unterbrochen wird.

Diese Form der Mittelohrtuberkulose ist selbst bei einem so großen Ambulanzmaterial, wie es die Wiener Ohrenklinik hat, ein relativ seltenes Krankheitsbild und deshalb habe ich mir erlaubt, den Fall vorzustellen. Therapeutisch wird Sonnenbehandlung und Tuberkulinkur durchgeführt und ich werde mir erlauben, im Herbst den Pat. wieder vorzustellen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion.

O. Benesi: In letzter Zeit habe ich einen 12—13jährigen Knaben behandelt, der seit kurzer Zeit an einer Otitis media litt. Das Trommelfell war anscheinend vorgewölbt. Bei der — völlig schmerzlosen — Paracentese zeigte es sich, daß es sich nicht um das Trommelfell, sondern um eine ziemlich tief sitzende Granulation handelte, die als Trommelfell imponiert hatte. Die histologische Untersuchung eines Stückchens ergab Tuberkulom, Riesenzellen und ähnliches Gewebe wie im Präparat von Becks Fall. Der Knabe wurde gestern von einem Kinderarzte untersucht, der keine Lungensymptome fand. Scheinbar besteht also hier eine isolierte Tuberkulose des äußeren Gehörganges.

O. Beck: In meinem Falle handelt es sich nicht um Granulationen, sondern um eine Tuberkulose des Trommelfelles selbst, aus dem die Probeexcision gemacht wurde.

II. E. Ruttin: **Zur Diagnose eines Herdes in der Blickbahn und im hinteren Längsbündel.**

Frau Ch. B. war Mitte April angeblich infolge Fleischvergiftung mit Atemnot, Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel und Gefühl „als ob ihr der Kopf zu groß wäre", Doppeltsehen und leichter Sprachstörung erkrankt. Das Bewußtsein war frei. Sie wurde am 9. III.1919 an die IV. Medizinische Abteilung (Prof. Kovacs) eingeliefert. Aus dem internen Befund ist zu erwähnen: Pupillen eng, rechte enger als linke, Reaktion prompt, Doppelbilder. Der rechte Facialis und beide linken Extremitäten sind leicht paretisch. Die linke obere Extremität zeigt leichte Athetose. Kornealreflex fehlt beiderseits, ebenso der Bauchdeckenreflex. Die übrigen Reflexe sind normal. Hemihypästhesie links mit distalwärts zunehmenden Ausfallserscheinungen. Rechts nur Hypästhesie der Fingerspitzen. Tiefensensibilität links gestört, fehlt an den distalen Enden ganz. Fundus und Gesichtsfeld normal, perinucleäre Katarakt. Wassermann negativ.

Es besserte sich am schnellsten die Hemiparese, dann der rechte Facialis, dann der linke Bulbus. Erst am 26. III. hatte ich Gelegenheit, die Pat. zu sehen, nachdem sie zur otologischen Untersuchung zu uns an die Klinik Neumann geschickt worden war. Ich erhob folgenden Befund: Das rechte Auge kann willkürlich weder nach rechts noch nach links blicken, nach oben und unten ist seine Beweglichkeit frei, das linke Auge kann nicht nach rechts blicken, nach links ist seine Beweglichkeit ebenfalls, jedoch nicht so stark eingeschränkt, nach oben und unten frei. Spült man das rechte Ohr kalt aus, so tritt etwas Nystagmus rotatorius nach links auf und beide Bulbi gehen in die rechten Augenwinkel in Zwangstellung. Dabei ein, ich möchte sagen „wildes" Vorbeizeigen mit beiden Armen nach rechts. Spült man das linke Ohr kalt aus, so bleibt das rechte Auge unverändert, das linke Auge geht in den linken Augenwinkel, macht dabei aber auch langsame Rückbewegungen gegen die Mittellinie. Nystagmus besteht nicht.

Nach Rechtsdrehung: Kein Nystagmus. Nach Linksdrehung: Kein Nystagmus. Nach Rechtsdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, aber Schwindel und Sturz nach rechts. Nach Linksdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, aber Schwindel und Sturz nach links. Nach Rechtsdrehung mit rechtsgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, aber Schwindel und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sturz nach rückwräts. Nach Rechtsdrehung mit linksgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, aber Schwindel und Sturz nach vorwärts.

Hörweite für Konv.-Spr. und Fl.-Spr. jederseits + 7 *m*, links vielleicht etwas schlechter als rechts. Weber im Kopf, Rinne jederseits +, Schwabach annähernd normal. C_1 und c^4 jederseits gut.

Die Auffassung, die ich von diesem interessanten Befunde habe, ist folgende: Rechts zeigt die willkürliche Blickparese und die durch kalte Ausspritzung erfolgte Zwangsstellung der Augen nach rechts, daß eine Störung in der Bahn vom corticalen Blickzentrum zum pontinen Blickzentrum besteht, nach links ist ebenfalls eine willkürliche Blickparese vorhanden, allerdings nicht so stark als nach rechts. Bei kaltem Ausspritzen links entsteht Zwangsstellung des linken Auges nach links, das rechte Auge bleibt unbeweglich, es war also eine — sit venia verbo — nur linksseitige Blickparese vorhanden. Die Störung wäre also auch hier in der Bahn vom corticalen zum pontinen Blickzentrum zu suchen, doch müßte zur Erklärung der Lähmung des rechten Muscul. internus noch eine Erkrankung des Kernes dieses Muskels angenommen werden. Das ist nun aber unwahrscheinlich, da nach dem ganzen neurologischen Befund der Herd (der nach dem ganzen Krankheitsbild eine Blutung ist) im Gebiet um den Abducens liegt und die räumlich weit von ihm entfernten übrigen Augenmuskelkerne nicht als getroffen angenommen werden können. Dagegen wäre es näherliegend, die Internusparese bei „gleichzeitiger Blicklähmung" aus einer Unterbrechung der im hinteren Längsbündel gelegenen Bahn vom linken Abducens- zum linken Internuskern zu erklären. Am einheitlichsten wäre also der Herd so zu erklären, daß man ihn rechts an die Kreuzungsstelle der vom corticalen zum pontinen Blickzentrum verlaufenden Fasern mit Übergreifen auf die Fasern des linken hinteren Längsbündels verlegt. Der Herd wäre also in die Brücke, und zwar von rechts nach links übergreifend zu lokalisieren. Auch die neurologische Diagnose (Prof. Kovacs) nimmt den Herd im hinteren Drittel der rechten Ponshälfte mit Übergreifen auf die linke Seite, Beteiligung der Schleife, des hinteren Längsbündels, der rechten Pyramidenbahn und des rechten Facialiskernes an.

Zwei Tage nach meiner ersten Untersuchung konnte ich feststellen, daß die Blickparese jetzt schon hie und da auch willkürlich aufzuheben war. Bei kalorischer Reaktion rechts trat nun nicht mehr Zwangsstellung der Augen nach rechts auf, doch war die Blickparese sofort aufgehoben. Bei kalorischer Reaktion links trat ebenfalls keine Zwangsstellung nach links auf, doch konnte jetzt das linke Auge ganz nach links hinüberblicken. Außerdem trat jetzt sowohl bei kalorischer Reaktion rechts als links der entsprechende Nystagmus auf.

Eine Woche nach der ersten Untersuchung erhob ich folgenden Befund: Rechter Bulbus: Blick nach allen Richtungen uneingeschränkt mit Ausnahme des Blickes nach links. Der Blick nach links ist wohl möglich, doch bleibt der Bulbus deutlich vom inneren Augenwinkel zurück (also nur rechter Muscul. internus paretisch). Linker Bulbus: Blick nach allen Richtungen uneingeschränkt. Spontaner Nystagmus: einzelne rotatorische Bewegungen nach links bei Blick nach links und geradeaus, etwas vertikaler Nystagmus nach aufwärts bei Blick nach aufwärts.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verdeckt man abwechselnd das rechte und das linke Auge, so tritt keine Veränderung auf. Kalorische Reaktion rechts: sehr starker, sehr lange andauernder, klonusartiger, rotatorischer Nystagmus nach links, dabei würde die Pat., wenn man sie nicht hielte, wie ein Sack nach rechts stürzen. Vorbeizeigen mit beiden Armen nach rechts. Kalorische Reaktion links: sehr starker, sehr lange andauernder, klonusartiger, rotatorischer Nystagmus nach rechts, dabei ebenso „sackartiger" Sturz nach links. Vorbeizeigen mit beiden Armen nach links. Doppelseitige kalorische Reaktion: Nach Verbrauch von 100 cm^3 jederseits bei $^3/_4$ Minuten langer Spülung starker Ny r. ↻. Hörweite für Konv.-Spr. und für Fl.-Spr. jederseits + 7 *m*. Weber im Kopf, Rinne beiderseits +, Schwabach beiderseits normal. C_1 und c^4 werden beiderseits gut gehört. Sie hat kein Ohrensausen mehr, Schwindel nur hie und da.

Am 20. VI. untersuchte ich die Pat. wieder und erhob nunmehr folgenden Befund: Beweglichkeit der Bulbi beim Blick nach dem Finger jetzt nach allen Seiten hin frei bis auf etwas Zurückbleiben des rechten Bulbus bei Linksblick. (Also rechter Internus noch etwas paretisch!) Geringer spontaner Nystagmus horizontalis nach links bei Blick nach links. Etwas vertikaler Nystagmus nach aufwärts bei Blick nach aufwärts. Bei Blick nach abwärts kein Nystagmus. Zeigeversuch bei Prüfung aller Gelenke der oberen Extremitäten normal. Nach Linksdrehung: Ny ➤ r. 15", aber die Schläge sind auffallend groß und die beiden Komponenten fast gleich. Doch wird das linke Auge sehr bald wie in Zwangsstellung nach links hinübergezogen. Vorbeizeigen mit beiden Armen nach links. Nach Rechtsdrehung: Ny l. ← 14", dabei macht das linke Auge große normale Ausschläge, während das rechte Auge kleinere Bewegungen macht, soweit als die Internusparese gestattet. Läßt man ganz nach links hinüberblicken, so daß man die Grenze der Beweglichkeit des rechten Auges erreicht hat, so bleibt das rechte Auge unbeweglich und nur das linke macht die Nystagmusbewegungen. Die Augen werden aber bald wie in Zwangsstellung nach rechts hinübergezogen. Vorbeizeigen mit beiden Armen nach rechts.

Nach Linksdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Ny ↻ r. 13". Sturz nach links, Schwindel, Vorbeizeigen mit beiden Armen in allen Gelenken typisch. Nach Rechtsdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Ny l. ↺ 30". Sturz nach rechts, starker Schwindel, Vorbeizeigen mit beiden Armen in allen Gelenken typisch. Kalorische Reaktion rechts: Typischer, starker Nystagmus nach links, dabei starkes Vorbeizeigen in allen Gelenken nach rechts, starkes Fallen bei allen Kopfstellungen typisch, entsprechend der langsamen Nystagmuskomponente. Kalorische Reaktion links: Typischer, starker Nystagmus nach rechts, dabei starkes Vorbeizeigen in allen Gelenken nach links, starkes Fallen bei allen Kopfstellungen typisch entsprechend der langsamen Nystagmuskomponente. Kochlearbefund normal.

Der Befund bei der ersten Untersuchung mußte uns, wie gesagt, veranlassen, einen Herd anzunehmen, der die Bahn vom corticalen zum pontinen Blickzentrum affizierte und rechts in der Brücke vor der Kreuzung dieser Bahn lag, gleichzeitig auf das linke hintere Längsbündel übergriff, die Bahn zwischen linkem Abducens- und linkem Internuskern (also für den rechten Musculus internus!) unterbrechend. Bei der zweiten Unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

suchung war die Blickparese schon im Rückgang (willkürlich hie und da aufhebbar, vestibular leicht überwindbar!), aber der rechte Bulbus blieb bei Blick nach links, auch nach der kalorischen Reaktion links, noch zurück, die Verbindung vom linken Abducens- zum linken Internuskern blieb also noch unterbrochen. Bei der dritten Untersuchung war schon keine Blickparese mehr vorhanden. Betreffs der Parese des rechten Internus konnte infolge des jetzt bei der kalorischen Reaktion auftretenden starken Nystagmus nichts gesagt werden. Der Nystagmus bei der kalorischen Reaktion war jetzt sowohl rechts als links sehr stark, mit sehr starken Reaktionsbewegungen. Bei doppelseitiger Spülung trat Nystagmus nach rechts auf, die linke Seite war also stärker erregbar. Die Seite des Hauptherdes war also schwächer erregbar, eine Tatsache, die auch für einen Herd in der Brücke sprach (bei Kleinhirnherden ist es ja meist umgekehrt!). Die letzte, vierte Untersuchung ergab in bezug auf spontane Beweglichkeit etc. und die kalorische Reaktion dieselben Resultate, bei der Drehreaktion konnte aber jetzt bei der Drehung mit aufrechtem Kopf immer noch ein Überwiegen der vestibularen Augenbewegung konstatiert werden, indem die Augen bald wie in Zwangsstellung nach der Seite der langsamen Komponente gingen, wobei allerdings der rechte Bulbus noch nicht ganz nach links folgte, entsprechend der offenbar noch immer stark beeinträchtigten Verbindung des linken Abducens und linken Internuskernes im hinteren Längsbündel. Nicht ganz erklärlich ist mir die bei der ersten Untersuchung vorhandene vollständige Ausschaltung bei Drehung.

III. E. Ruttin: **Zur Diagnose der Tumoren der hinteren Schädelgrube.**

A. H., 40jährige Frau. Ihr Vater ist 96 Jahre alt, ihre Mutter 66, beide sind gesund. Sie selbst hat 5 Kinder gehabt, von denen zwei gestorben sind, und zwar eines im Alter von 12 Jahren an einer Lungenkrankheit und „Knochenhautentzündung", eines im Alter von $2^1/_2$ Jahren an Wassersucht. Drei Kinder leben und sind gesund, und zwar zwei Buben im Alter von 11 und 15 Jahren und ein Mädchen im Alter von 9 Jahren. Sie selbst hört seit einigen Jahren — genau weiß sie nicht wie lange — links schlecht und hat auch links schon seit sie schlecht hört Ohrensausen; an Schwindel leidet sie auch schon seit einigen Jahren, noch länger (etwa 12—14 Jahre) leidet sie an Kopfschmerz. Seit 2 Monaten sieht sie auch links schlechter. Sie wurde von der II. Augenklinik (Hofrat Dimmer) zu uns an die Klinik Neumann geschickt. Der Röntgenbefund ergab leichte Hyperostose der Basis, sonst intaktes Skelett (Pyramiden intakt), Wassermann negativ. Augenbefund: Lähmung des ersten Trigeminusastes, hochgradige Sensibilitätsherabsetzung des zweiten und dritten Astes links, Herabsetzung der Sensibilität des rechten Gesichtes und der rechten Sklera und Cornea, Keratitis neuroparalytica links. Der Nervenbefund ist, abgesehen von den genannten Sensibilitätsstörungen und positivem Romberg, negativ.

Ich untersuchte die Pat. am 11. VI. 1919 und erhob folgenden Befund: Trommelfelle beiderseits normal. Links: Taubheit für Sprache, hört nur, daß gesprochen wird. Rechts: Hörweite normal. Weber im Kopf, Rinne links negativ, rechts positiv. Schwabach links stark verkürzt, rechts wenig verkürzt. C_1 links erst bei stärkerem Anschlag positiv, rechts gut. c^4 links erst bei Metallanschlag positiv (hinübergehört!), rechts

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gut. Spontaner Ny r. ↞ > ↠ l. Spontanes Zeigen: Mit dem rechten Arm (im Schultergelenk!) deutliche Tendenz, nach innen vorbeizuzeigen, mit dem linken Arm im Schultergelenk, ferner seitlich nur die übrigen Gelenke richtig. Außer Romberg keine spontanen Gleichgewichtsstörungen. Kalorische Reaktion links: negativ, dabei Vorbeizeigen mit dem rechten Arm nach innen, mit dem linken Arm richtig. Kalorische Reaktion rechts: typisch, sehr stark (übererregbar!), klonusartig. Dabei Vorbeizeigen mit beiden Armen nach rechts, Fallen bei allen Kopfstellungen nach vorn und rechts. Nach der Reaktion klagt sie über heftige Kopfschmerzen, die sich unmittelbar an die Prüfung der Reaktion anschließen, dabei steife Kopfhaltung nach rückwärts und Erbrechen. Die Drehreaktion mußte auf die nächsten Tage bis zum 16. VI. verteilt werden, da die Pat. natürlich nicht alle Drehungen an einem Tage aushalten konnte. Dabei wurde auch das spontane Zeigen wiederholt geprüft, es konnte aber das spontane Vorbeizeigen mit dem rechten Arm nach innen nicht mehr konstatiert werden.

Nach Rechtsdrehung: Ny ↠ l. 6", Schwindel, Brechreiz. Nach Linksdrehung: Ny r. ↞ 18", starker Schwindel, Sturz nach links, sofort Anfall heftigsten Kopfschmerzes mit steifer Kopfhaltung nach rückwärts. Nach Rechtsdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Ny ↶ l. 8", Kopf weicht nach rechts ab, Schwindel. Nach Linksdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Ny r. ↶ 30", starker Schwindel, Sturz nach links, Erbrechen. Sofort Anfall heftigsten Kopfschmerzes mit steifer Kopfhaltung nach rückwärts. Nach Rechtsdrehung mit rechtsgeneigtem Kopf: Ny ↧ 9", Schwindel, Übelkeit, Kopf weicht nach rückwärts ab, kein Kopfschmerzanfall! Nach Rechtsdrehung mit linksgeneigtem Kopf: Ny ↥ 6", Schwindel, Übelkeit, Kopf weicht nach vorwärts ab. Kein Kopfschmerzanfall!

Fassen wir zunächst die Symptome zusammen, so haben wir links fast Taubheit, vestibulare Unerregbarkeit (kalorische Reaktion negativ, Drehreaktion: 6:18 und 8:30!), keine Beeinflussung des Zeigens durch kalorische Reaktion links, typische rechts. Fallreaktion atypisch, vorne rechts! Kalorische Übererregbarkeit rechts.

Der Befund spricht wohl für einen Tumor der hinteren Schädelgrube. Man könnte an Akustikustumor denken. Aber von den klassischen Symptomen: Spontaner Nystagmus horizontal und rotatorisch nach beiden Seiten, Taubheit, vestibulare Unerregbarkeit, Facialisparese und Trigeminushypästhesie fehlt die Facialisparese, auch ist die Taubheit nicht vollständig, was besonders gegenüber der vollständigen vestibulären Ausschaltung auffällt.

Wir müssen also den Sitz des Tumors zwar in die linke hintere Schädelgrube, aber nicht gerade in den Brückenwinkel verlegen, am ehesten also ins linke Kleinhirn, wobei natürlich extra- oder intradural nicht zu entscheiden ist. Noch ein Symptom, das ich schon öfters beobachtet habe und das ich bei dieser Gelegenheit besonders erwähnen will, spricht für die hintere Schädelgrube. Ich habe gerade bei Kleinhirntumoren beobachtet, daß nach der Auslösung eines heftigen Nystagmus durch kalorische oder Drehreaktion unmittel-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bar an die Reaktion sich anschließende heftigste Anfälle von Kopfschmerz mit steifer Kopfhaltung nach rückwärts auftreten. Diese Anfälle dauern meist nur einige Minuten, manchmal bis zu ½ Stunde. Interessant ist, daß im vorgestellten Falle diese Anfälle bei Drehung mit seitlichgeneigtem Kopf nicht auftraten; dies ist aber erklärlich, da hier die Drehung mit seitlichgeneigtem Kopf auch keinen sehr heftigen Nystagmus und keinen Sturz, sondern nur eine entsprechende Abweichung des Kopfes zur Folge hat, während die die Anfälle von Kopfschmerz auslösende Linksdrehung mit aufrechtem und vorgeneigtem Kopf sowie die rechtsseitige kalte Spülung starken entsprechenden Nystagmus und entsprechenden Sturz auslöst.

Diskussion.

R. Leidler: Das Symptom, daß bei raumbeengenden Prozessen in der hinteren Schädelgrube heftige Kopfschmerzen auftreten, habe ich schon in meiner Probevorlesung zur Erlangung der venia legendi beschrieben. Es ist tatsächlich ein sehr häufiges und ungemein charakteristisches Symptom. Es wäre interessant, es an einem größeren Materiale nachzuprüfen.

IV. E. Ruttin: **Taubheit und Verlust der Drehreaktion bei Lues.**

F. St., Reisender, wurde von mir im August 1917 einmal untersucht. Damals gab er an, daß er seit einigen Jahren schwerhörig sei und bereits vor 3 Jahren an Schwindel gelitten habe. Er sei damals vor einigen Monaten aus dem Felde zurückgekehrt, habe verhältnismäßig noch gut gehört, sei aber bis zum August 1917 allmählich fast ganz taub geworden. Schwindel habe er nicht.

Die damalige Untersuchung ergab: Trommelfelle beiderseits etwas getrübt und eingezogen. Weber nicht gehört. Rinne beiderseits positiv, bei außerordentlich stark verkürzter Kopfknochenleitung. Die mittlere Stimmgabel wird durch den Knochen nur einen Moment gehört, rechts besser als links. C_1 rechts positiv, links negativ, c^4 rechts positiv, links negativ, Hörweite für Konv.-Sprache rechts 10 *cm*, links a. c. Mit Hörschlauch hört er jederseits etwas, aber nicht wesentlich besser. Etwas spontaner Ny r. ↻. Spontanes Zeigen in allen Gelenken richtig. Kalorische Reaktion rechts sehr schwach, kein Schwindel, kein Vorbeizeigen. Kalorische Reaktion links sehr schwach, kein Schwindel, kein Vorbeizeigen. Nach Rechtsdrehung: Ny l. ←‹ minimal. Nach Linksdrehung: Kein Nystagmus. Nach Rechtsdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, kein Schwindel, kein Sturz. Nach Linksdrehung mit vorgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, kein Schwindel, kein Sturz. Nach Rechtsdrehung mit rechtsgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, kein Schwindel, kein Sturz. Nach Rechtsdrehung mit linksgeneigtem Kopf: Kein Nystagmus, kein Schwindel, kein Sturz.

Am 29. V. 1919 hatte ich nun abermals Gelegenheit, den Pat. zu untersuchen: Er gab nun an, daß er vor 13 Jahren Lues hatte. Damals machte er eine Schmierkur mit. Schon vor der Infektion hatte er links Schwerhörigkeit mit Ohrensausen. Nachher wurde er innerhalb 4—5 Jahre langsam fast taub. Die Untersuchung ergab: Trommelfell beiderseits etwas getrübt und eingezogen. Hörweite rechts 0, links mit Hörschlauch einzelne Worte gehört. Weber nicht gehört, Rinne links nicht gehört, nur am Knochen gespürt, rechts positiv, bei sehr stark verkürzter Knochen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

leitung. (Die Gabel wird am Knochen nur einen Moment gehört.) Die mittlere Gabel wird vor dem linken Ohr nicht gehört, vor dem rechten erst bei stärkstem Anschlag. C_1 und c^4 werden rechts bei stärkstem Anschlag ganz kurz gehört, links auch bei stärkstem Anschlag nicht. Spontaner Ny r. ∩ = ∩ l. gering. Kein Hennebertsches Symptom. Kein spontanes Vorbeizeigen. Kalorische Reaktion rechts typisch, dabei Vorbeizeigen mit beiden Armen (in allen Gelenken) typisch. Kalorische Reaktion links typisch, dabei Vorbeizeigen mit beiden Armen (in allen Gelenken) typisch. (Die kalorische Reaktion ist sowohl rechts als links vielleicht etwas herabgesetzt, da sie erst nach Verbrauch von Wasser von Wasserleitungstemperatur in der Menge von 1/2 Irrigator auftritt.) Drehreaktion bei allen Kopfstellungen: Keine Spur Nystagmus, kein Schwindel, kein Sturz. Galvanische Reaktion: Anode links — Kathode an der Stirn, Ny ∩ r. bei 5 MA, Anode rechts — Kathode an der Stirn, Ny ∩ l. bei 5 MA. Kathode rechts — Anode an der Stirn, Ny ∩ r. bei 3 MA, Kathode links — Anode an der Stirn, Ny l. ∩ bei 4 MA, geteilte Anode beiderseits — Kathode an der Stirn, kein Ny bei 10 MA, geteilte Kathode beiderseits — Anode an der Stirn, kein Ny bei 10 MA.

Das Interessante an dem Fall ist der vollständige Verlust der Dreherregbarkeit bei erhaltener kalorischer und galvanischer Erregbarkeit und Taubheit auf der einen und hochgradigster Schwerhörigkeit auf der anderen Seite.

Ein derartiger Befund läßt sich am ehesten mit einer luetischen Neuritis erklären, bei der wir öfter derartige Inkongruenzen im Ausfall der Reaktionen sahen.

Diskussion.

R. Leidler: Ich habe den genauen Befund leider nicht mehr in Erinnerung, weiß aber bestimmt, daß Pat., als er bei mir war, Symptome einer zentralen vestibularen Affektion hatte. Er hatte sehr heftigen Kopfschmerz und einen starken Nystagmus zentraler Natur, das heißt, zu einer Seite, die damals kalorisch nicht erregbar war. Sicher hat sich damals ein luetischer Prozeß wahrscheinlich an den Meningen abgespielt.

O. Beck: Ich habe den Pat. offenbar schon vor Leidler gesehen. Er hatte vor 8—9 Jahren Otosklerose ohne Nystagmus.

Ruttin: Die Diagnose Otosklerose kann man jetzt nicht machen, auch nicht vor 2 Jahren. Das eine dürfte vielleicht dafür sprechen, daß schon früher etwas Pathologisches vorhanden war, weil nämlich schon im Jahre 1917 der Stimmgabelbefund bei höchstgradiger Schwerhörigkeit eine schwere Laesio auris int. gezeigt hat.

V. J. Fischer: **Hysterische Taubheit auf dem Boden einer Grippe-Enzephalitis bei einer Schwangeren.**

A. S., 21 Jahre. Am 16. V. erkrankte Pat. mit Fieber, Schüttelfrost und heftigen Kopfschmerzen, namentlich am Scheitel. Pat., die stets gesund war, befand sich damals im 7. Schwangerschaftsmonat. Sie hatte nie abortiert und war das erstemal gravid. Der Arzt erklärte, daß die Erkrankung mit der Schwangerschaft nichts zu tun habe, daß es sich vielmehr um eine echte Grippe handelt. Schon am zweiten Tage begann Pat. zu delirieren, hatte Angstvorstellungen, wähnte sich verfolgt und bedroht von ihrem Schwager und wollte aus dem Bette springen und fliehen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur mit Gewalt wurde sie daran gehindert. Am nächsten Tage war sie ruhiger, jedoch noch immer benommen. Sie verlangte ein Stück Zucker und ein Glas Zitronensäure. Ihr Mann reichte ihr statt dessen ein Antipyrinpulver und ein Glas Wasser, das sie im Glauben, daß es sich um Zucker und Zitronensäure handle, mit großem Behagen zu sich nahm. Auffallend war die große Schläfrigkeit. Bei dem geringsten Anlasse schlief sie ein, oft sogar im Sitzen. Am 4. Tage erwachte Pat. nachmittags und gab an, daß es ihr nun viel leichter im Kopfe sei und auch der Mann merkte, daß sie wieder vollkommen beisammen war. Sie verließ sogar auf einige Stunden das Bett und machte sich in der Küche zu schaffen. In der Nacht wachte sie plötzlich aus dem Schlafe auf, setzte sich im Bette empor, starrte ihren Mann wie geistesverloren an und klagte, daß sie nun absolut taub sei. Gleich darauf schlief sie wieder ein, Fieber hatte sie damals nicht. Am nächsten Tage trug sie ein scheues, gedrücktes Wesen zur Schau, gab an, völlig ertaubt zu sein, dabei war ihre Stimme leise, klanglos, monoton. Ihr Mann bemerkte damals, daß sie häufig für einen Moment beide Augen schloß, und er fragte sie mittelst Zeichensprache um den Grund dafür. Sie gab an, daß sie sowohl ihn als auch die Umgebung doppelt sehe, starken Schwindel habe und deshalb die Augen schließe. Weiters klagte sie über Parosmien, da sie überall Zwiebel roch. Während der ganzen Zeit war der Appetit gut. Krämpfe oder Lähmungen hatte sie nicht, ebensowenig Athetose. Ihr Mann gibt an, daß sie nie krank gewesen sei, nie irgendwelche Anfälle hatte, nie grundlos verstimmt war und daß auch in der ganzen Familie kein ähnlicher Fall vorgekommen sei.

Als Pat. am 26. V. auf unserer Abteilung erschien, bot sie folgenden Status: Mittelgroß, gut genährte 21jährige Person im 7. Schwangerschaftmonat. Pat. ist ruhig, etwas gedrückt, jedoch völlig orientiert. Auf mein schriftliches Befragen gibt sie an, daß sie seit einiger Zeit an Grippe leide, weiß jedoch nicht seit wann. Sie habe starke Kopfschmerzen, namentlich in der Mitte des Scheitels und ihr Kopf sei ganz „voll". Ihre Antworten erscheinen vollkommen geordnet. Sie zeigt geringe Klopfempfindlichkeit des Schädels, besonders in der Scheitelbeingegend, Pupillen gleichweit, rund, mittelweit auf L. und A. reagierend. Kornealreflex auslösbar. In den Endstellungen der Bulbi einige nyktaktische Einstellungszuckungen. Ansonsten kein Spontannystagmus, Augenbewegungen frei. Augenbefund ansonsten normal. Rachenreflex deutlich herabgesetzt. Die Sehnenreflexe sind sowohl im Bereiche der oberen als auch unteren Extremitäten beiderseits nicht gesteigert. Kein Fußklonus. Kein Babinski. Die Hautsensibilität zeigt fleckförmige Störungen hysterischen Charakters. In der Rombergstellung deutliches Schwanken, ohne bestimmte Fallrichtung. Gang bei geschlossenen Augen schwankend, Abweichen nach rechts. Kein spontanes Vorbeizeigen. Keine Adiadochokinese. Temp. 36,3, Puls 78.

Ohrbefund: Beide Trommelfelle blaß, reaktionslos. Hyperplasie der unteren Nasenmundhöhle. Tonsillen sowie Rachenschleimhaut, namentlich in den seitlichen Partien, gerötet. Parese des Internus. Hörvermögen: Pat. hört nur einzelne ins Ohr geschrieene Worte. Kopfknochenleitung verkürzt. Von Stimmgabeln wird nur c^4 bei maximalem Anschlag einen Moment gehört. Lidreflexe beiderseits auslösbar. Vestibu-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

laris: Durch Drehung sind alle 6 Bogengänge normal erregbar. Bei der kalorischen Prüfung zeigt sich ein interessantes Phänomen. Nach der zweiten Spritze kalten Wassers entsteht typisch Nystagmus zur Gegenseite, dabei erklärt Pat. plötzlich, daß es ihr im Ohre jetzt leichter sei und daß sie ein wenig höre. Sofort dachte ich an eine hysterische Taubheit und versuchte. sie durch Suggestion zu beeinflussen. Ich erklärte ihr, daß im Ohre etwas drinnen stecke, das ich ihr nun vollends ausspritzen werde, und versicherte sie aufs bestimmteste, daß sie dann sofort vollkommen normal hören werde, ich würde mich in die andere Ecke des Zimmers stellen und ihr Worte leise vorflüstern, die sie ganz bestimmt nachsagen könne. Nachdem ich ihr hierauf beide Ohren mit kaltem Wasser ausspritzte und auf die angegebene Weise eine Hörprüfung mit akzent. Flüstersprache anstellte, konnte ich ein Resultat von 12 *m* beiderseits verzeichnen und Pat. verließ dankend unsere Abteilung. Nach drei Wochen sah ich sie wieder, sie war vollkommen geheilt, guter Laune, lebhaft, kurz ganz anders als zuvor. Ihr Mann gab an, daß ihr scheues, gedrücktes Wesen noch ca. 14 Tage anhielt und daß sie nun seit einer Woche wieder die Alte sei. Sie selbst will sich nur schwer an das Vorgefallene erinnern.

Epikrise: Der Fall ist nach mehrfacher Hinsicht interessant; während die Erscheinungen des Doppeltsehens, die Delirien und die Angstvorstellungen sowie die auffallende Schläfrigkeit der Pat. unbedingt auf eine organische Schädigung des Gehirns hinweisen, müssen andererseits die Taubheit, die Parosmien, die Aphonie sowie die zirkumskripten Hypästhesien als hysterische Symptome aufgefaßt werden. Ich stelle mir nun vor, daß infolge der Grippe es zur Bildung kleiner zirkumskripter enzephalitischer Herde gekommen ist, wie sie bereits von anderen Autoren sowohl bei der Influenzaepidemie der Neunzigerjahre, als auch bei der heurigen Pandemie beobachtet wurden; es könnte sich auch mit Rücksicht auf die exorbitante Schläfrigkeit und die Delirien um eine von Economo als Encephalitis lethargica bezeichnete Krankheit handeln. Auf dem Boden des durch die organische Schädigung veränderten Gehirns kam die Hysterie zum Ausbruch, wobei ich der Gravidität eine vielleicht unmittelbar auslösende Rolle zuschreibe.

Der Fall ist deshalb interessant, weil erstens hier eine Kombination von organischen Schädigungen in Form der Enzephalitis und von Hysterie vorliegt, zweitens in ätiologischer Hinsicht sowohl Influenza als Gravidität in Betracht kommt und drittens die Art und Weise, wie zufällig bei der Prüfung der kalorischen Erregbarkeit der Verdacht einer hysterischen Taubheit erweckt und dieselbe nicht auf dem gewöhnlichen Weg der Überrumplung mit Hilfe der Elektrizität, sondern in der oben beschriebenen Form suggestiv beeinflußt wurde.

VI. S. Toch: **Unter dem Symptomenbilde einer schweren Meningitis verlaufene Meningoencephalitis serosa nach Schußverletzung des Warzenfortsatzes.**

Der 26jährige Pat. erlitt am 6. Dezember 1914 bei Neusandez in Galizien einen Durchschuß des rechten Warzenfortsatzes, wobei das Projektil ca. $1^1/_2$ *cm* vor dem Tragus eindrang und nach Zerstörung desselben, sowie des unteren Anteiles der Ohrmuschel und fast vollkommener Zertrümmerung des Knochens ca. 8 *cm* hinter dem Ohrmuschelansatz austrat. Die Vestibularzeichen unmittelbar nach der Verletzung waren im stärksten Grade ausgebildet, es bestand hochgradiger Schwindel und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gleichgewichtsstörungen sowie oftmaliges Erbrechen. Gleichzeitig scheint auch ein hochgradiger Nystagmus zur ohrengesunden Seite bestanden zu haben, da der Pat. spontan angab, daß sich sein Zustand nur dadurch erträglich gestaltete, daß er den Kopf mit der gesunden Seite an den Boden drückte, während bei jedem Versuche, ihn zu erheben, sofort wieder Erbrechen eintrat und er das Gefühl hatte, als ob der Boden unter ihm nachgäbe. So mußte er, obwohl der Ort, auf dem er sich befand, vom Maschinengewehr bestrichen war, mehrere Stunden in dieser Situation verweilen.

In dem Maße, als am nächsten und übernächsten Tage die geschilderten stürmischen Vestibulariserscheinungen nachließen, nahmen die Kopfschmerzen, die Pat. anfangs wenig belästigten, zu und erreichten schließlich am 3. Tage eine derartige Intensität, daß Pat. trotz hoher Morphiumdosen nur mit Mühe im Bette zu halten war. Gleichzeitig traten Nackensteifigkeit, positiver Babinski, ausgeprägter Kernig sowie Pupillendifferenz auf und mußte Pat. wegen totaler Urinverhaltung zweimal täglich katheterisiert werden. Bei einer Durchschnittstemperatur von 37,6 bestand ein Puls von 56. Zu den angeführten schweren Meningealsymptomen gesellten sich am 4. Tage noch eine leichte gleichseitige Abducensparese und eine Trägheit der Reaktion der Pupillen, zugleich war das Allgemeinbefinden des Pat. ein derart schlechtes geworden, daß die behandelnden Ärzte einen operativen Eingriff als aussichtslos ablehnten. Da jedoch die auf meine Initiative vorgenommene Lumbalpunktion eine wohl unter hohem Drucke stehende, jedoch nur opaleszierende Cerebrospinalflüssigkeit ergab und sich im Sedimente nur spärliche Lympho- und Leukocyten vorfanden, hielt ich ein operatives Vorgehen für absolut indiziert.

Für die Art und die Ausdehnung des Eingriffes war mir in erster Linie die Funktionsprüfung des Labyrinthes ausschlaggebend und dies um so mehr, als die sofort nach dem Trauma aufgetretenen außerordentlich stürmischen Vestibulariserscheinungen auf eine Labyrinthverletzung hinwiesen. Da außerdem die meningitischen Symptome hauptsächlich basalen und spinalen Charakter aufwiesen, konnte man annehmen, daß die Meningitis labyrinthären Ursprunges sei. Dazu kam noch, daß die Zertrümmerung des Warzenfortsatzes eine fast vollständige war und sich die Splitterung, wie sich bei der Operation herausstellte, bis auf den Facialiskanal erstreckte.

Die Schwierigkeit, die sich der Entscheidung dieser Frage entgegenstellte, war nun die, daß infolge mangels jeglicher spezialistischer Untersuchungsbehelfe eine genaue und vollständige Funktionsprüfung des Labyrinthes nicht vorgenommen werden konnte. Die ohne Lärmapparat an und für sich unsichere Hörprüfung war bei dem unruhigen, somnolenten Pat. schwer ausführbar, ließ aber zumindest eine sehr bedeutende Herabsetzung der Hörschärfe, wenn nicht Ertaubung auf dem verletzten Ohre vermuten. Die Drehreaktion und die Einstellprobe waren wegen den geschilderten äußeren Umständen nicht ausführbar, somit blieb nur die kalorische Reaktion, deren Ausfall für unser operatives Verhalten von ausschlaggebender Bedeutung war. Da bei dem Pat. ein spontaner horizontalrotatorischer Nystagmus II. Grades zur ohrgesunden Seite bestand, wurde mit heißer physiologischer Kochsalzlösung direkt von der Wunde aus gespült. Es konnte auf diese Weise eine wohl träge, jedoch deutliche Reak-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tion erzielt werden; infolgedessen wurde der Eingriff auf eine ausgiebige Entfernung des induzierenden Eiterherdes beschränkt. Die Operation, die noch in derselben Nacht vorgenommen wurde, gestaltete sich dadurch kompliziert, daß der prall gefüllte Sinus, der ebenso wie die Dura der hinteren Schädelgrube auf einer größeren Strecke freilag und mit leicht blutenden Granulationen bedeckt war, ziemlich weit vorgelagert war, wodurch die Entfernung eines an die Dura der hinteren Schädelgrube adhärenten, ca. $1^3/_4$ *cm* langen und $^1/_2$ *cm* breiten Knochensplitters, anfangs Schwierigkeiten verursachte, zumal das Operationsterrain nach vorne dadurch beschränkt war, daß bei jedem Meißelversuch in der Gegend der hinteren knöchernen Gehörgangswand Facialiszuckungen auftraten. Jedoch konnte schließlich der Sequester nach temporärer Abtamponierung des Sinus und Freilegung der Dura der mittleren Schädelgrube von oben und der Seite her mittelst eines zarten Raspatoriums in toto entfernt werden, außerdem wurden noch weitere 15 mehr oder weniger große Knochensplitter extrahiert, überall gesunder Knochen erreicht und das Antrum breit freigelegt. Von einer Punktion oder Incision der veränderten Kleinhirndura wurde wegen Fehlens von Kleinhirnsymptomen Abstand genommen. Der Effekt des operativen Eingriffes war ein ausgezeichneter, nachdem bereits am nächsten Tage die so überaus heftigen Kopfschmerzen nachließen und Pat. wieder spontan urinieren konnte. Pat. ist heute vollständig ausgeheilt und geht seinem Beruf als Fleischhauer ungestört nach. Der äußere Gehörgang und das Trommelfell (dessen Besichtigung bei der ersten Untersuchung infolge maximaler entzündlicher Gehörgangsverengerung nicht möglich war), erweisen sich als normal, hinter der Ohrmuschel, deren untere Partien fehlen, besteht eine breite, strahlige, an den Knochen fixierte Narbe. Pat. hörte laute Konv.-Spr. am Ohre, der Vestibularis reagiert.

Es handelte sich wohl in diesem Falle um eine schwere toxische Form einer Meningitis serosa, die wegen der stark ausgeprägten, sich schnell entwickelnden Meningealsymptome als diffuse eitrige Meningitis imponierte. Das Krankheitsbild ist bei der serösen Meningitis nicht selten beunruhigender als bei mancher diffusen eitrigen Meningitis und deckt sich meistens nicht mit den pathologischen anatomischen Veränderungen an den Meningen.

Bücherbesprechungen.

Über Simulation von Ohrenkrankheiten. Von Dr. med. Ella Koch. Würzburg. C. J. Becker, Univ.-Druckerei, 1919.

Wenn Verfasserin auch Simulation von Entzündungserscheinungen im Gehörorgan erwähnt und mancherlei Arten, wodurch Täuschungen beabsichtigt werden, hervorhebt, so läuft der Endzweck des Büchleins doch hauptsächlich auf eine übersichtliche Zusammenstellung der Entlarvungsmethoden simulierter ein- und doppelseitiger Schwerhörigkeit bzw. Taubheit hinaus. Wir finden hier nicht weniger als 12 Methoden, die auf Stimmgabelprüfung basieren, 8, bei denen als Schallquelle Lärmapparate u. dgl. benutzt werden, 23 Sprachprüfungen sowie noch weitere 14 verschiedene Verfahren.

Da Simulation und Aggravation auch von Ohrenkrankheiten und insbesonders Schwerhörigkeit nie aussterben werden — die Versicherungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesetze allein bieten schon genügenden Anreiz hierzu —, wird dem auf Hörstörungen untersuchenden Arzt dieses Büchlein ein willkommener Führer und Berater sein, da es so ziemlich alle in der Literatur bisher angegebenen Entlarvungsmethoden kurz und treffend wiedergibt. Ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis über alle Methoden sichert die rasche Orientierung und somit auch die praktische Verwendbarkeit des Gebotenen.

Ernst Urbantschitsch.

Zur Neuordnung des medizinischen Studiums und Prüfungswesens. Von Bernh. Fischer. J. F. Lehmann, München.

An die Spitze seiner Ausführungen stellt der Autor die Frage: Welche Forderungen hat das medizinische Universitätsstudium in jedem Fall unbedingt zu erfüllen? und beantwortet sie: Die erreichte Approbation muß der Allgemeinheit die Garantie geben, daß der junge Arzt alle zur Ausübung der allgemeinen Praxis notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten besitzt. Daß die derzeitigen Verhältnisse noch weit davon entfernt sind, dieser Forderung zu genügen, wird jeder dem Autor gern zugeben.

Zunächst wird von Fischer der Grundsatz aufgestellt, daß nicht mehr als 30 Stunden (Vorlesungsstunden) wöchentlich vorgeschrieben werden sollen. Um nun trotzdem die nötige Zeit für den ganzen Bildungsgang zu finden, schlägt er vor (wobei nur an die Verhältnisse im Deutschen Reich gedacht wird), das Studium auf 12 Semester zu verlängern, dafür aber das „praktische Jahr" fallen zu lassen. Für die rein praktische Ausbildung müßte dann ein Teil der Ferien in Anspruch genommen werden. So ist nach dem zweiten Schuljahr ein zweimonatlicher Dienst als Krankenwärter zur Ausbildung in der Krankenpflege, vom 7. Semester an stets eine ein- bis zweimonatliche praktische Tätigkeit während der Oster- und Sommerferien zu leisten.

Ferner wären alle Zeitverluste durch zu späten, ungleichmäßigen Beginn und zu frühen Schluß der einzelnen Kollegien im Semester sowie durch verschiedene Formalitäten zu vermeiden. Wichtig ist ferner der Vorschlag, vor Beginn der klinischen Semester bereits ein Kolleg über allgemeine Pathologie anzusetzen.

Unsere Spezialfächer werden folgendermaßen berücksichtigt: Im 10. Semester (Wintersemester): je eine Stunde Einführung in die Ohrenheilkunde und Einführung in die Laryngologie. Im 11. Semester (Sommer) je eine Stunde wöchentlich Ohrenspiegelkurs und Kehlkopfspiegelkurs. Im 12. Semester je zwei Stunden Ohrenklinik und Halsnasenklinik praktisch.

Auf Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten entfällt bei der Schlußprüfung ein Tag.

Frey.

Referate.

I. Allgemeines.

Beiträge zur Kenntnis des Augenzitterns der Bergleute. Von Joh. Ohm. (Graefes Arch. f. Ophth. 98. H. 1.)

Nach der Ansicht des Verfassers hat sich die Erkenntnis, daß die scheinbar so verschiedenen Formen von Augenzittern sowohl angeborener wie erworbener Art, abgesehen von dem sogenannten Großhirnrinden-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nystagmus, alle untereinander verwandt und vestibulären Ursprungs sind, immer mehr befestigt.

Die vorliegende Arbeit nennt sich „Nachlese" und befaßt sich mit Detailfragen, welche sich aus der Sichtung einer Sammlung von mehr als 2000 Einzelkurven von bergmännischem und anderem Augenzittern ergeben haben.

1. Der Einfluß des Lichtes auf das Augenzittern der Bergleute. Das Licht beeinflußt das Augenzittern in dem Sinne, daß die Zuckungen im Hellen schneller und kleiner sind als im Dunklen. Ferner findet man Fälle, die im Hellen mehr Rückzittern (rhythmischer Nystagmus), im Dunklen mehr Pendelzittern zeigen. Diese Erscheinung ist auf den tonisierenden Einfluß des Lichtes zurückzuführen. Endlich übt das Licht (auch das farbige) einen regelnden und beruhigenden Einfluß auf die Zuckungen.

2. Über die Form der Zuckung als Ausdruck des Muskeltonus. Beschreibung und Abbildung von typischen und atypischen Zuckungskurven und Ableitung der Theorie, daß das Augenzittern der Bergleute auf einer Störung der vestibulären Tetanisierung der Augenmuskeln beruhe und beide Reize (beim vertikalen Nystagmus Hebungs- und Senkungsreiz) immer gleichzeitig tätig sind, aber in verschiedener Stärke.

3. Über die Herkunft der schnellen Phase. Schon in früheren Arbeiten hat der Verfasser die nahe Verwandtschaft zwischen Pendel- und Rückzittern nachgewiesen. Die vorliegende Untersuchung ergibt nun, daß beide nur dem Grade nach verschieden sind, somit auch die schnelle Phase des Nystagmus vestibulärer Herkunft sein muß. Für ihr Entstehen ist die Kraftentfaltung der langsamen Phase maßgebend. Als Ort der Entstehung kommt nur der Vestibulariskern in Betracht. Leidler.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Das Gehörorgan eines kretinösen Hundes. Von G. Alexander. (Mit 2 Textbildern und 13 Figuren auf 2 Doppeltafeln, II und III.) (Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Festschr. f. Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch etc. etc. Urban & Schwarzenberg, Wien-Berlin 1919.)

Einleitend führt Verfasser die intra vitam nach der Schilddrüsenoperation und späterer Schilddrüsenfütterung beobachteten Veränderungen an.

Das anatomische (histologische) Studium der Gehörorgane ergibt eine normale Größenentwicklung, jedoch eine vorzeitig abgeschlossene Formentwicklung, also ein Entwicklungsdefekt in Form einer Hemmungsbildung. Gemeinsam mit anderen vom Verfasser untersuchten Fällen von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kretinismus ist in dem Befunde die Verlegung der Nische des Schneckenfensters und die Verdickung der Trommelhöhlenschleimhaut. Bisher bei Kretinen nicht festgestellt ist die in diesem Falle gefundene Stapesverbildung sowie die vollkommene Intaktheit des membranösen Labyrinthes (abgesehen von der Defektentwicklung der Stria vascularis).

Den therapeutischen Erfolg des Thyreoidins auf das Gehörorgan hätte man in der Rückbildung von Schleim-, Binde- und Fettgewebe analog wie an anderen Körperstellen zu suchen. Dadurch würde ein bestehendes Schallleitungshindernis beseitigt. Gatscher.

Un cas de papules syphilitiques du tympan. Von Dr. J. Möller. Mit 3 farbigen Abbildungen. (Acta oto-laryngologica. Vol. I. Fasc. 2 u. 3.)

Wie schon aus dem Titel hervorgeht, wird ein Fall mit syphilitischen Papeln in der Paukenhöhle mitgeteilt. Leidler.

III. Labyrinth und Hörnerv.

Ein Fall von kretinischer Taubstummheit. Von Priv.-Doz Dr. Otto Mayer, Primararzt der oto-laryngologischen Abteilung des Kaiser Jubiläums-Spitals der Stadt Wien. (Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Festschr. f. Hofrat Prof. Doktor Viktor Urbantschitsch.)

Die Mitteilung des Falles soll zeigen, daß entgegen der bisherigen Ansicht 1. im Labyrinth derartiger Fälle nicht nur degenerative Veränderungen, sondern auch Bildungsanomalien vorkommen können, und 2., daß diese Anomalie nicht nur auf eine abnorme Keimesanlage, sondern auch auf Einflüsse auf den Fötus (Hypothyreose der Mutter) zurückgeführt werden kann.

Diese Ansicht wird durch eine ausführliche, äußerst klare Analyse des histologischen Befundes unter kritischer Verwertung der Literaturangaben gestützt. Die interessanten Details wären aus dem Original zu ersehen.

Therapeutisch ist hervorzuheben, daß der Verfasser aus dem Befund in der Schnecke (der Mann hörte auf Zurufe) geradezu einen anatomischen Beweis für die Zweckmäßigkeit der von V. Urbantschitsch beim Unterricht von Taubstummen angeregten methodischen Hörübungen erblickt. Gatscher.

IV. Otochirurgie.

A case oft Primary Cholesteatoma complicated by an acute Otitis. Von J. Möller. (Acta oto-laryngologica. Vol. I. Fasc. 2 u. 3.)

Bei einem 7jährigen Knaben füllte das Cholesteatom fast den ganzen Warzenfortsatz aus, hatte die laterale Atticwand zerstört und den Bogengang arrodiert. Heilung durch Heathsche Operation. Leidler.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. M. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. Maximilian Rauch-Wien: Über atypische und paradoxe Vestibularreflexe . . 629

Prof. M. Bartels-Frankfurt a. M.: Bemerkung zur Geschichte des auropalpebralen Reflexes 641

Vereinsberichte

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 30. Juni 1919 642

Bücherbesprechungen

Dr. med. Ella Koch-Würzburg: Über Simulation von Ohrenkrankheiten 653

Bernh. Fischer: Zur Neuordnung des medizinischen Studiums und Prüfungswesens 654

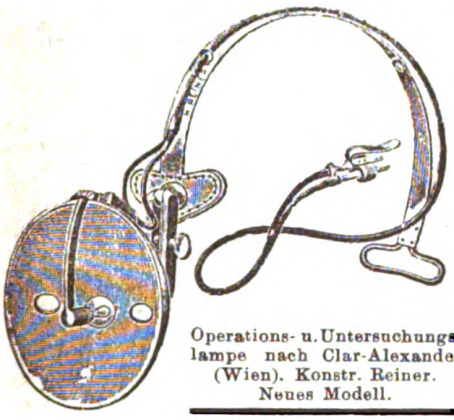
Referate

I. Allgemeines 654

II. Äußeres Ohr und Mittelohr 655

III. Labyrinth und Hörnerv 656

IV. Otochirurgie 656



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien

Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.

Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.

•• Neueste Konstruktionen. ••

•••• Man verlange Spezialofferte. ••••

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Beiträge zur klinischen Ohrenheilkunde

Festschrift
für Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch-Wien
Von seinen Kollegen, Schülern und Freunden

Mit 86 zum Teil farbigen Textabbildungen und 11 Doppeltafeln sowie 1 Bildnis. 8°. 1919. M 40.— = K 72.—. (Für Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.—.) + 20% resp. 30% Teuerungszuschlag.

Eine Sammlung von Arbeiten erster Autoren als Festschrift veröffentlicht zur Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers, des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch in Wien.

Die hier zum ersten Male veröffentlichten Beiträge sind nicht nur für Ohrenärzte wichtig, sondern vermöge ihres Inhaltes für jeden praktischen Arzt von Interesse.

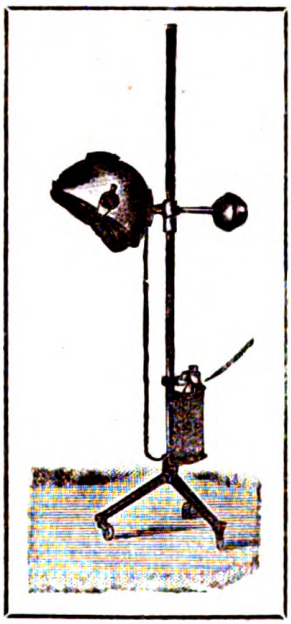
Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ultraviolett-Therapie

(Künstliche Höhensonne nach Geh. San.-Rat Dr. Bach)



Erfolge bei
Mittelohreiterungen, chronisch hartnäckig rezidivierenden Formen von Ohrekzemen, Skrofulose, Mittelohrtuberkulose, chronischer Erfrierung der Ohrmuschel, Pyocyaneus-Infektion, Perichondritis, Dermatitis, Otitis externa, Otomykosen, Wunden und Geschwüren.

Literatur siehe Juli-Heft 1919 der Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Wien: „Über die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde" von Dr. A. J. Cemach.

Quarzlampen-Ges. m. b. H., Linz a. D.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Priv.-Doz. Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang 11. Heft
(November)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919

Monatlich erscheint 1 Heft

Preis halbjährlich 30 M = 45 K. Ein einzelnes Heft kostet 7 M 50 Pf = 10 K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr. ***Ernst Urbantschitsch,*** *Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* ***H. Marschik,*** *Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag.*

Inhaltsverzeichnis

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. O. Mauthner-Mähr.-Ostrau: Zum Verhalten des Vestibularis bei den Neurosen 657

Vereinsberichte

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzungen vom 30. Juni (Fortsetzung und Schluß) und 14. Juli 1919 . . . . . 664—678

Oto-laryngologischer Verein zu Kristiania. Sitzung vom 21. November 1918 . . . 679

Bücherbesprechungen

Walter Guttmann-Berlin: Medizinische Terminologie 683

Referate

I. Allgemeines 683

II. Äußeres Ohr und Mittelohr 685

III. Labyrinth und Hörnerv 686

IV. Otochirurgie 688

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

VALYLPERLEN

(Valeriansäurediäthylamid)

Bewährtes

Sedativum und Nervinum

Eigenschaften:

Konstante, verstärkte, typische Baldrianwirkung, sedativ, analeptisch. Dünndarmlöslich, keine Beschwerden von Seiten des Verdauungstraktus.

Indikationen:

Ohrensausen, Ménière'scher Schwindel.
Neurasthenie, nervöse Herzleiden und Schlaflosigkeit.
Psychische Beruhigung vor der Lokalanästhesie,
Menstruations-, Schwangerschaftsbeschwerden.
Flimmerskotom, Asthenopie, Seekrankheit.

Dosierung:

2—3mal täglich 2—3 Perlen zu 0,125 g.

Originalpackungen:

25 Perlen zu 0,125 g.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., Wien, VIII/2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 11. Heft.

Nachdruck verboten.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Zum Verhalten des Vestibularis bei den Neurosen.

Von Dr. **O. Mauthner**, Mähr.-Ostrau.

Die Neurologen beschreiben seit jeher den „Schwindel" und den „neurasthenischen Dauerschwindel" bei den neurasthenischen Formen der Neurosen, während bei der Hysterie die Steh- und Gehstörungen (Astasie und Abasie) größere Beachtung fanden. Wenn nun auch nirgends noch so recht ausgesprochen, so werden doch gerade von neurologischer Seite echter Schwindel mit Körpergleichgewichtsstörungen, mit der erhaltenen Funktion des statischen Endapparates, scheinbar in engste Verbindung gebracht und bei Schwindelattacken der Neurastheniker vasomotorische Einflüsse auf das Labyrinth vermutet. Oppenheim, der dieser Vermutung ebenfalls Ausdruck verleiht, meint auch, daß jede plötzliche Veränderung der Zirkulation im Gehirn Anämie ebenso wie kongestive Hyperämie schwindelerregend wirken könne. Verschiedene Autoren haben auch wiederholt darauf hingewiesen, daß nach unserer klinischen Erfahrung schon beim normalen Menschen, aber noch mehr beim Kopftraumatiker und Neurastheniker Zentralorgan und Endorgan (Labyrinth) bei der Betrachtung streng zusammen gehalten werden müssen und daß zentraler Reiz oder Schädigung und peripherer (das Labyrinth) treffender Reiz oder Schädigung einen größeren Wirkungsbereich haben, als man von vornherein vermutet, bzw. eine ausgesprochene Fernwirkung haben können.

Ich denke hier namentlich an Arbeiten von Rhese, Mauthner, Kobrak, Mygind, Alexander und Braun, Bauer und Schilder u. a. Zum Gegenstande will ich jedoch nur zwei Arbeiten herausheben: Alexander und Braun erzeugten durch forciertes Tiefatmenlassen bei Neurasthenikern mit erhaltener Funktion des statischen Labyrinths Nystagmus und Schwindel, welchen sie als echten neurotischen Labyrinthschwindel beschreiben. Sie versuchten den experimentellen Nach-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weis, daß dieser Schwindel nur bei erhaltener Reflexerregbarkeit des statischen Labyrinths zu erzeugen ist. Für die Labyrinthreizung selbst kämen drei Möglichkeiten in Betracht: Der Weg der direkten oder der indirekten Reizleitung innerhalb des zentralen Nervensystems selbst durch die Verbindungen der Vestibulariskerne mit den Kernen der motorischen Augenmuskelnerven, sodann eine mehr minder mechanische Reizleitung mit direkter Wirkung auf das Labyrinth auf dem Wege der Blutbahn oder die Reizung auf dem Wege der Lymphbahn. Speziell aber betrachten sie bloß den Einfluß der forcierten Tiefatmung auf den Kreislauf und die Hirnzirkulation und kommen schließlich zu folgenden Erwägungen:

„Unter pathologischen Verhältnissen — namentlich beim Neurastheniker — können bei forcierter Tiefatmung so wesentliche Phasenverschiebungen dieser Korrelationen eintreten, daß eine mächtige, ungewohnte Beeinflussung des Hirnkreislaufs zustande kommen muß.

Wir haben uns nur daran zu erinnern, daß schon die verschiedenen (chronotropen, dromotropen, inotropen und bathmotropen) Nerveneinflüsse auf das Herz im vagodystonischen Neurastheniker durch die Tiefatmung viel stärker zur Geltung kommen, ganz abgesehen von der durch die Tiefatmung produzierten auffälligen respiratorischen Arhythmie, d. h. dem unaufhörlichen Wechsel der Pulsperioden, die ihrerseits wieder stetig wechselnde, dem betreffenden Individuum fremde Zustände der Hirnzirkulation herbeiführt. Mit jeder Verlängerung der Diastolen und der Herzpausen sinkt ja der Blutdruck und der Zufluß zum Gehirn ab, um im anderen Falle, d. h. in der nächsten Phase, wieder anzuwachsen, gehoben zu werden. Auf diese Weise kommen aber so ungewohnte Verschiebungen zwischen Atmung und Kreislauf und so gänzlich veränderte Kreislaufsverhältnisse im Gehirn überhaupt zustande, daß das betreffende Individuum schließlich eine Orientierung im Raume vollkommen verliert, denn alle diese Veränderungen im endokraniellen Blut- und Lymphgefäßgebiete müssen auch im Labyrinthgebiete zur Geltung gelangen.

Das Gesamtlabyrinth wird durch die dünne und auf eine lange Strecke astlos verlaufende Arteria auditiva interna versorgt. In einem so langen, astlosen und dünnen Gefäßschlauche können sich die endokraniellen Blutdruck- und Füllungsschwankungen geradezu katastrophal gestalten und es kann unschwer eine abwechselnde Anämisierung und Hyperämisierung des Labyrinthes stattfinden. Nun sind allerdings die Sinnesepithelien selbst blutgefäßlos. Subepithelial finden sich jedoch in den Nervenendstellen des Labyrinthes im Gebiete der Primitivfasern so reichlich Blutgefäße, daß man ohne weiteres zur Feststellung gelangen kann, daß diese heftigen extremen Veränderungen des Blutfüllungszustandes sich in Nervenreiz umsetzen, der zum Schwindel führt, und zentripetal geleitet, von den Vesti-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bulariskernen auf die Augenmuskelkerne übergehend, nunmehr den spontanen Nystagmus erzeugt."

Einen anderen Weg zur klinisch-experimentellen Erzeugung von Schwindel benützen Bauer und Schilder. Sie hypnotisierten eine Reihe von Personen, von welchen allerdings nicht gesagt wird, wie ihr Nervensystem beschaffen war, und erteilten ihnen die Suggestion, nach einer Seite gedreht zu werden und das Gefühl des Drehschwindels zu bekommen. In diesem Zustande stellten sie den Zeigeversuch an und erhielten in 3 von 7 Fällen ein ebensolches Vorbeizeigen wie beim Schwindel nach Drehung und Kalorisierung und ebenso typische Hemmung des Vorbeizeigens durch Kopfsenkung um 90°. Nystagmus konnten sie durch Suggestion des Drehschwindels allerdings nicht hervorrufen. Subjektiv empfanden die Betreffenden unter Umständen ein mehr oder minder unbestimmtes Schwindelgefühl mit Übelkeiten und Brechreiz, hatten jedoch nicht die Empfindung, sich nach einer bestimmten Seite zu drehen. Auf Grund ihrer Untersuchungen gelangten diese Autoren schließlich zu dem Ergebnis, daß der Funktionszustand subkortikaler Apparate psychogen beeinflußbar ist, auch wenn diese Apparate dem direkten Willenseinfluß entzogen sind. Sie können sich vorstellen, daß in gewissen Fällen rein psychische Vorgänge, Vorstellungen und Ideen gewisse subkortikale Automatismen in Gang zu bringen und zu sistieren vermögen.

Ich unterlasse die Mitteilung weiterer Details aus beiden oben genannten Arbeiten, weil ich durch die Anführung der in beiden Versuchsreihen deutlich gewordenen, über das Gehirn zustande gekommenen Schwindelanfälle zunächst bloß die verschiedene zentrale Ansprechbarkeit des statischen Systems (Kobrak) und des vestibularen Endapparates hervorheben wollte. Um so auffallender scheint es mir, daß wir Otologen trotz des gehäuften Auftretens der Neurosen in den abgelaufenen Jahren ähnlichen klinischen Spontanfällen nicht begegneten und in allen klinischen Betrachtungen nur über die Unter- oder Übererregbarkeit oder die abnormale Erregbarkeit [1]) des vestibularen Endapparates bei den beiden klinischen Hauptformen, dem neurasthenischen und dem hysterischen Typus der Neurosen zu berichten Gelegenheit hatten. Ich glaube, wir müssen uns weiterhin bemühen, gewisse neurologische Rudimente, wie z. B.: „neurasthenischer Schwindel", „neurasthenischer Dauerschwindel" und auch die „hysterischen Gleichgewichtsstörungen" auch in ihren Beziehungen zum Vestibularis näher zu beachten und etwa bestehende Zusammenhänge klinisch-otologisch aufzuklären.

[1]) Cerebellare Begleiterscheinungen, Überspringen auf Vagus und Vasomotorenzentrum, hysterische Anfälle usw. wurden bei der Prüfung der Reflexerregbarkeit auch von otologischer Seite beschrieben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine kleine Ergänzung, meine ich, liefert folgende Beobachtung:

Anamnese: S. K., 33 Jahre alt, unverheiratet, Kaufmannstochter, stammt aus gesunder Familie. Eine Schwester der Untersuchten wurde von mir während des Krieges wegen einer hysterischen Stimmschwäche behandelt. Die Untersuchte hat keine besonderen Infektionskrankheiten überstanden und hörte immer gut. Vor Jahren litt sie an „Würmern". Sie ist im Kaufmannsgeschäft ihres Vaters tätig. Vor einem Jahr starb ihre Mutter. Dazu haben Aufregungen geschäftlicher Natur ihre Nerven stark in Anspruch genommen. Innerlich weit über das Maß einer Verkäuferin für ein Lebensmittelgeschäft gebildet, sehnte sie sich gewiß darnach, den Drangsalen eines gedrosselten Lebensmittelhandels und den niedrigen Konflikten im Kundenverkehr zu entfliehen und mußte doch bleiben aus Pflicht gegen ihren greisen Vater und ihre jüngeren, zum Teil noch unmündigen Geschwister. Da kam im Januar 1919 ein heftiger Streit und eine große Aufregung im Geschäft. Sie erbrach einen ganzen Tag lang, nachdem sie unter heftigem Schwindel hingefallen war, und wurde am rechten Ohre vollkommen taub. Fortwährendes Drehgefühl. Der Zustand steigerte sich zum vollkommenen Unvermögen zu gehen und zu stehen und den Kopf zu heben. Sie war einige Wochen bettlägerig. Der behandelnde Arzt dachte zuerst an einen Hirntumor und ließ sie neurologisch untersuchen. Jedoch wurde in dieser Hinsicht ein positives Ergebnis nicht erzielt, ebensowenig ließen sich für Lues Anhaltspunkte gewinnen. Hingegen überzeugte sich dieser Arzt von der rechtsseitigen Taubheit und einem bestehenden angeblich in Endstellung der Augen auftretenden nach beiden Seiten gerichteten Spontannystagmus.

Allmähliches Abklingen der Erscheinungen. Nach dem Verlassen des Bettes bleibt noch der schwere Gang und Schwindel beim Umdrehen und Bücken. Der behandelnde Arzt denkt an eine funktionelle Störung. Ich sah Pat. zum ersten Male etwa vier Wochen nach dem Anfalle, wobei ich folgenden Befund erhob:

Status praesens vom 11. II. 1919: Kleine, gut genährte Person von blasser Gesichtsfarbe. Schleimhäute etwas blässer als normal, ängstliche Stimmung. Somatischer Befund laut Angabe des Internisten negativ. Pupillen bei leicht vortretenden Augäpfeln etwa übermittelweit, auf Licht und Akkommodation prompt reagierend. Augenbewegungen nach allen Seiten frei. Im Bereiche der motorischen Hirnnerven nichts Abnormes. Lidtremor bei Augenschluß. Ebenso Fingerzittern der ausgespreizten Hand, dabei heftiges Schwanken, sodann plötzliches Hinstürzen; jedoch ist eine bestimmte Fallrichtung nicht nachzuweisen. Das Stehen erfolgt etwas breitspurig, ebenso das Gehen, wobei die Hände wie zum Schutze, daß sie nicht falle, leicht seitwärts gehoben werden. Am Zimmerende dreht Pat sich nur langsam um und droht hinzustürzen, wenn sie sich bemüht, der Aufforderung zum schnellen Umdrehen nachzukommen. Deutliche Steigerung der Sehnenreflexe, besonders der Patellarsehnenreflexe beiderseits. Kein Spontannystagmus. Eintreten des Kaltwassernystagmus rechts fast augenblicklich; ebenso tritt schon nach drei Drehungen ein zirka 13 Sekunden anhaltender, kleinschlägiger, ziemlich frequenter, rotatorisch-horizontaler Nystagmus auf; jedoch bleibt auch die linke Seite kalorisch und auf Drehung nicht um ein Bedeutendes zurück. Kein spontanes Vorbeizeigen; keine Adiadochokinesis. Leichte Sensibilitätsstörung im Sinne einer Hypästhesie an einzelnen Stellen der rechten Gesichtsseite und der rechten Mammillargegend.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trommelfellbefund: Geringgradige katarrhalische Veränderungen beiderseits. Funktionell v 8—9 *m* rechts, v + 12 *m* links; S verkürzt bei fraktionierter Perzeption; W im Kopf. Kein wesentliches Einrücken der unteren oder oberen Tongrenze auf einem Ohre. hw beiderseits positiv. Quantitative Einengung des Tongehörs unterhalb c^4, rechts geringen Grades, dem Sprachgehör nicht ganz entsprechend.

Verlauf: Bromtherapie. Leichte galvanische Ströme quer durch den Kopf dreimal wöchentlich (Sitzung von 5 Minuten Dauer). Mit Rücksicht auf die scheinbar funktionellen Symptome persuadierende Beeinflussung.

17. II. Eine Stuhluntersuchung auf Würmer ist negativ (Staatlich bakteriologische Untersuchungsstelle in Olmütz). Die Stimmung der Pat. ist anhaltend ängstlich.

25. II. Das Gehvermögen bessert sich zusehends. Während die Pat. früher immer Schlaflosigkeit quälte, ist der Schlaf jetzt ohne Unterbrechung. Einen Stimmungswechsel bereitet ihr die Aussicht auf einen längeren Aufenthalt in einem Kurorte.

10. III. Gehvermögen anhaltend besser. Schwindelgefühl noch beim Bücken. Jedoch ist Pat. imstande, sich ohne Hilfe anzuziehen und bei Tag ohne Begleitung auszugehen, indem sie bloß bei Wendungen noch etwas vorsichtig ist. Kein Spontannystagmus. Bei Augenschluß Schwanken, aber kein Stürzen. Stehen auf einem Bein gelingt nicht. Rasches Eintreten des kalorischen Reflexes namentlich rechts noch vorhanden.

Mitte März bis Mitte April. Sanatoriumsaufenthalt in Freiwaldau. Während desselben keine besondere medikamentöse oder physikalische Behandlung.

12. IV. Frisches Aussehen der Pat. Pat. kann bereits stundenlang ohne Beschwerden gehen. Es besteht keine Furcht mehr vor Wendungen, wenngleich selbe noch vorsichtig ausgeführt werden. Kniesehnenreflexe noch etwas gesteigert. Kalorische Erregbarkeit des Vestibularis gesteigert. Jedoch werden bis zum Eintreten des Nystagmus rechts schon Mengen von 15—20 cm^3 Wasser von 18° bei rückwärts geneigtem Kopf gebraucht. Das Hörvermögen rechts zeigt eine auffallende Besserung (v = 12 *m*).

15. V. Gleicher Status.

25. VIII. Keine Änderung. Pat. ist bereits im Geschäfte seit 2 Monaten wieder tätig. Als einzige Beschwerde gibt sie an, daß sie noch leichten Schwindel beim Rückwärtsneigen des Kopfes bekomme.

Diagnose und Epikrise: Neurotische Hörverminderung, neurotischer Reizzustand des Vestibularis bzw. Störung im statischen System mit daraus folgender hochgradiger Körpergleichgewichtsstörung. Die Psychogenese und das objektive Verhalten rechtfertigen die Diagnose Neurose. Als deren Teilerscheinung prävalierender Art wäre die Hörverminderung und der vestibuläre Reizzustand anzusprechen. Daß auch die Hörverminderung eine neurotische ist, geht aus der objektiven Untersuchung und dem Verlaufe hervor. Das Gehör hob sich im Verlaufe von 4 Monaten bis zur Norm. Außerdem fehlt jede andere Grundlage (keine traumatische, keine allgemein toxische oder infektiöse usw.). Wir haben keinen Grund, die Hörstörung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von dem Schwindel unter Gleichgewichtsstörung zu trennen. Im Gegenteil. Ihr gleichzeitiges plötzliches Einsetzen zwingt zum engsten Zusammenhalt.

Fassen wir kurz zusammen, so haben wir einen Fall psychogener einseitiger Hörstörung, welche plötzlich eintritt und von Schwindel, Erbrechen und vorübergehendem Verlust des Steh- und Gehvermögens begleitet war, vom Charakter jenes akuten Anfalls, welchen wir bei plötzlich einsetzender akuter Labyrinthschädigung zu sehen gewohnt sind. Der behandelnde Arzt will auch einen mehrere Tage anhaltenden Spontannystagmus beobachtet haben, während zum Zeitpunkte der ersten otologischen Untersuchung ein solcher nicht mehr vorhanden war. Hingegen konnte ich damals noch die hochgradige Übererregbarkeit namentlich der rechten Seite beobachten. Die Applikation des geringsten Kältereizes genügte zur Hervorrufung eines charakteristischen Kaltwassernystagmus, ebenso wie die geringste Körperwendung bereits subjektiv Schwindel erzeugte und schon zwei bis drei Drehungen zur Erzeugung eines die normale Sekundenzahl erreichenden Drehnystagmus hinreichten. Aus der weiteren Charakteristik dieses erzeugten Nystagmus, der sich bezüglich Richtung, Art, Grad kaum von dem bei normaler Erregbarkeit unterschied, gewinnt man, wie es fast Regel ist, keinen Anhaltspunkt über den Sitz der Reizstelle. Doch glaube ich berechtigt zu sein, aus dem geschilderten Verhalten bei der ersten Untersuchung und dem beobachteten Verlaufe nicht nur einen plötzlich auftretenden, längere Zeit anhaltenden und nur langsam abklingenden Reizzustand namentlich des rechten statischen Endapparates (auch links sind hohe Zahlen!), sondern eine Störung im statischen System überhaupt annehmen zu dürfen. Hiermit nähere ich mich aber den beiden eingangs erwähnten Arbeiten. Während dort klinisch-experimentell ein vasomotorischer oder psychogen-vasomotorischer, akuter, über das Gehirn und Labyrinth zustande gekommener Schwindel erzeugt wurde, ist im vorliegenden Neurosenfalle psychogen-vasomotorisch ein ebenfalls plötzlich auftretender, jedoch längere Zeit anhaltender Reizzustand des Vestibularis etabliert worden. Bei gleicher Grundlage besteht dabei der klinische Imparallelismus: Hörverminderung, Reflexerregbarkeitssteigerung. Doch kann auch daraus nicht mehr über die Art der Auslösung des Reizzustandes ausgesagt werden, als eben angedeutet wurde. Also psychogen-vasomotorisch, wobei darauf hingewiesen werden soll, daß das hystero-neurasthenische Bild in seiner Gänze nicht erst seit dem Zeitpunkt der Auslösung des Anfalls zu bestehen braucht. Daß überdies bei Neurosen längere Zeit anhaltende vasomotorische Störungen höheren Grades im Gehirn auch zu lokalen organischen Veränderungen Anlaß geben können, ist eine bekannte Annahme.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jedoch wollte ich mit der Mitteilung dieses Falles bloß feststellen, was ich in meinen bisherigen Arbeiten über die Neurosen zu belegen nicht imstande war, daß die beiden Haupttypen der Neurosen, der neurasthenische und der hysterische Typus, und ihre zahlreichen Übergänge als mehr oder minder hervortretende Teilerscheinung nicht immer nur die neurotische Taubheit oder Hörverminderung und Erregbarkeitsanomalien des Vestibularis im Gefolge haben, sondern daß sich diese Neurosen gelegentlich auch anfallsweise über das statische Labyrinth mit Schwindel, Erbrechen und Gleichgewichtsstörungen entladen oder manifestieren können, welchem Anfall ein einige Zeit anhaltender Reizzustand des Vestibularis bzw. eine Störung im statischen System folgt. Die Hörstörung dabei ist ebenfalls eine vorübergehende.

Von otologischer Seite habe ich in den in letzter Zeit erschienenen Arbeiten über Neurosen (Barth, Kümmel, Passow, Güttich) ähnliche Fälle nicht verzeichnet gefunden, wenngleich die Möglichkeit der psychogenen Beeinflussung des Vestibularis von einigen Autoren schon früher angenommen wurde (Zange, Dölger). Auch darum erscheint mir die Mitteilung unseres Falles nicht überflüssig.

Literatur: 1. Alexander und Braun, Über neurotischen Labyrinthschwindel. Mschr. f. Ohrhlk. 1918. H. 3—4. — 2. Barth, Die psychogenen Lähmungen der Stimme, der Sprache und des Gehörs. M. Kl. 1917. — 3. Bauer und Schilder, Ein prinzipieller Versuch zur Neurosenlehre. W. kl. W. 1919. Nr. 19. — 4. Güttich, Über den Vestibularbefund bei hysterisch Ertaubten. Beitr. (Schäfer-Passow). 1919. 11. H. 4—6. — 5. Kobrak, Zur Physiologie, Pathologie und Klinik des vestibulären Nystagmus. Beitr. (Passow-Schäfer). 1919. 11. H. 4—6. — 6. Kümmel, Entstehung, Erkennen, Behandlung und Beurteilung seelischer Hörstörungen bei Soldaten. Beitr. (Passow-Schäfer). 11. H. 1—3. — 7. Mauthner, Zur Kenntnis und Heilung der Hör- und Sprachstörungen bei den Neurosen. Mschr. f. Ohrhlk. 1918. (Festschr. f. Hofrat Urbantschitsch.) — Über Hörstörungen bei den Neurosen vom neurasthenischen Typus. M. Kl. 1918. Nr. 50. — Die traumatische Erkrankung des inneren Ohres. Arch. f. Ohrhlk. 1913. — 8. Mygind, Nord. Tidsk. f. Oto-Laryng. 1916. S. 476. — 9. Oppenheim, Lehrb. d. Nervhlk. 1915. — 10. Passow, Über neurotische Hörstörungen bei Kriegsteilnehmern. Beitr. (Passow-Schäfer). 11. H. 1—3. — 11. Rhese, Über die Beteiligung des inneren Ohres nach Kopferschütterung etc. Zschr. f. Ohrhlk. 52. — 12. Zange, Über hysterische Funktionsstörungen des Nervösen. W. m. W. 1915. Nr. 28.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. Juni 1919.

(Fortsetzung und Schluß.)

VII. H. Stern: **Die Indikationen für rhinologische Operationen bei den Rhinolalien vom sprachärztlichen Standpunkte.**

Der Vortr. gab zunächst eine umfassende Einteilung der verschiedenen Formen der Rhinolalien, die genau differenziert werden müssen, um eine exakte Indikationsstellung für rhinologische bzw. rhinopharyngologische Operationen stellen zu können. (Rhinolalia clausa, aperta und mixta mit ihren Unterabteilungen.) Im allgemeinen ist die Indikationsstellung eine leichte, wenn man sich an die physiologischen, die Sprache und Stimme bestimmenden Verhältnisse hält. Schwieriger ist die Indikationsstellung dort, wo neben den pathologischen Klangverhältnissen, resp. in Konkurrenz mit denselben, hauptsächlich 2 Momente in der Fragestellung der Indikation in Erscheinung treten, und zwar 1. Verengerungen der Nase, die einen derartigen Grad aufweisen, daß sie die Atmung wesentlich behindern, 2. Hörstörungen, welche eine schwere Schädigung des Gehörorgans zur Folge haben können. Jeder Fall, der operiert werden soll, ist wenigstens nach den Hauptgesichtspunkten hin phonetisch zu untersuchen, in zweifelhaften Fällen muß eine gründliche phonetische Untersuchung durchgeführt werden (Erklärung der wichtigsten Untersuchungsmethoden). Mit den Fortschritten in der Rhinologie versuchte auch die Phoniatrie (Sprach- und Stimmheilkunde) wenigstens einigermaßen Schritt zu halten und heute sind wir so weit, daß wir wohl sagen dürfen: Zur klinischen Diagnostik auf diesem Gebiete gehört im Interesse einer richtigen Indikationsstellung auch die funktionelle (experimentell-) phonetische Diagnose. (Erscheint in extenso in dieser Monatsschrift.)

Diskussion.

E. Fröschels: Die Ausführungen des Herrn Vortr. verdienen das größte Interesse jedes Nasenarztes; wer der klaren Zusammenstellung gefolgt ist, wird sich als Operateur manche Enttäuschung ersparen. Als Ergänzung möchte ich noch eine differentialdiagnostische Methode angeben, die geeignet ist, den durch überstarke Kontraktion des Velums, aber sicherlich auch gleichzeitig durch andere Fehler in der Stellung des Ansatzrohres erzeugten Zustand, den ich Rhinolalia clausa palatina nannte, von der durch Formveränderungen im Nasenrachenraum bedingten abzutrennen. Denn findet man z. B. adenoide Vegetationen, so ist damit allein noch keineswegs entschieden, daß die „tote Sprache", die Rhinolalia clausa posterior, durch sie zu erklären ist; es kann noch nebenher fehlerhafte Tätigkeit der Sprechmuskeln, besonders der des weichen Gaumens schuld sein; verspricht man Heilung der Sprachstörung durch Entfernung der Wucherungen, so kann es leicht vorkommen, daß das Versprechen nicht gehalten wird. Ich kokainisiere den unteren Nasengang und die obere Fläche des Velums auf einer Seite, führe einen Ohrkatheter bis auf das Velum und lasse nun wieder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

holt „zwanzig" sagen, während ich das Gaumensegel mit dem Katheter niederdrücke. Dadurch überwinde ich die Überkontraktion, ja ich erzeuge allmählich ein offenes Näseln (da ich den Gaumen daran hindere, sich der Rachenwand anzulegen), vorausgesetzt, daß nicht die Wucherungen Grund der Sprachstörung sind. Denn in diesem Falle wird auch die hinter dem hinuntergedrückten Gaumen in den Nasenrachen gelangende Luft sich an dem Wucherungspolster „töten". Im anderen Falle aber, wenn das Gaumensegel den Grund für die Rhinolalia abgibt, entsteht ein offenes Näseln. Man hört etwa: „Zwatzig, zwazig, zwanzig, zwannzig etc." Hat man so die „palatina" festgestellt und sind die Wucherungen so groß, daß sie aus anderen Gründen operiert werden müssen, so wird man dem Patienten bzw. den Eltern sagen: „Die Wucherungen müssen aus Gründen dieser und dieser Art entfernt werden. Dadurch aber wird die Sprachstörung nicht beseitigt. Dazu ist vielmehr eine Übungsbehandlung nötig."

Noch ein Wort zur Frage des Auftauchens eines offenen Näselns nach Adenotomie. Vor dieser unliebsamen Überraschung wird man sich nur schützen können, wenn man prinzipiell vor jeder solchen Operation den Zustand des Velums feststellt. Dazu stehen zwei Wege offen: die genaue sprachärztliche Prüfung oder das Röntgenverfahren. Beide können ergeben, daß, obwohl offenes Näseln mit freiem Ohre nicht hörbar ist, doch ein Schwächezustand des weichen Gaumens besteht, der mit freiem Ohre nicht gehört wird, weil die Wucherungen das ausgiebige Schwingen der hinter dem paretischen Velum in den Nasenrachenraum gelangenden Luft verhindern. In einem solchen Falle wird man, wenn nicht dringende Gründe für die Operation sprechen, von ihr abstehen, sonst aber voraussagen, daß nach ihr eine Sprachstörung auftreten wird, welche durch eine mehrmonatliche Übungsbehandlung geheilt werden kann.

H. Stern: Die Ausführungen des Herrn Doz. Fröschels bilden eine wertvolle Ergänzung zu meinen Ausführungen. Bezüglich seinen Explorationsmethoden habe ich schon in meinen Ausführungen auf deren Wert hingewiesen; in Fällen, wo es sich nicht um hyperästhetische Patienten handelt, bildet dieselbe eine wertvolle Bereicherung unserer anderen Untersuchungsmethoden.

Ich möchte nur noch mit einigen Worten auf den von mir heute eingeführten Ausdruck Phoniatrie zurückkommen. Alle unsere medizinischen Disziplinen tragen Bezeichnungen, die in der internationalen Gelehrtenwelt allgemeine Geltung haben. Für die Sprachheilkunde und die Krankheiten der Stimme fehlt es uns bis heute an einer solchen. Die von Fröschels eingeführte „Logopädie" scheint mir nicht glücklich gewählt zu sein, da mit „logos" wohl der geistige Inhalt des Sprechens und nicht der Sprechakt als solcher gekennzeichnet ist. Es kämen noch in Betracht: Lalopathie, Phemiatrie. Auch diese beiden treffen nicht das Wesen der Sache, während mit Phoniatrie — auch die Philologen bestätigten es mir — m. E. alle Störungen der Sprache und Stimme resp. deren ärztliche Behandlung zusammengefaßt werden können. Ich hoffe, daß sich dieser Ausdruck für unsere Spezialdisziplin bald einbürgern wird; nicht in letzter Linie soll damit auch die selbständige Stellung der Phoniatrie, die wohl enge Beziehungen zu den verschiedensten medizinischen Disziplinen (sowie auch zur Philosophie und Phonetik) hat, aber sich immer mehr und mehr zu einem selbständigen Fache ausbaut, charakterisiert sein.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

XI. Rauch: **Vollständige Unerregbarkeit des Vestibularis bei erhaltener Cochlearisfunktion in einem Falle von epidemischer Meningitis.**

Dieser 6jährige Knabe hat vor einem Jahre eine schwere Erkrankung durchgemacht. Nach der Anamnese und dem jetzigen Krankheitsbild dürfte es sich um eine epidemische Meningitis gehandelt haben. Er war unter hohem Fieber erkrankt, hatte heftige Kopfschmerzen und Nackensteifigkeit. Der Arzt verordnete Eisbeutel auf dem Kopf. Nach 3tägiger Krankheit verließ er das Bett; da zeigte sich, daß der kleine Patient unfähig war, sich selbständig fortzubewegen, daß er torkelte und sich an die Zimmergegenstände anhalten mußte, um nicht zu stürzen. Allmählich lernte er das Gehen wieder; doch sind noch heute Gangstörungen zu beobachten, wenn der Knabe die Augen schließt. Erst einige Tage, nachdem er das Bett verließ, bemerkten die Eltern, daß er taub sei. Doch besserte sich die Taubheit allmählich, so zwar daß man sich mit ihm durch kräftige Sprache nahe beim Ohr verständigen konnte. In diesem Zustand wurde der kleine Patient auf die Klinik gebracht. Die vorgenommene Untersuchung ergab, daß der Knabe links Vokalgehör hatte, rechts verstand er Worte und Sätze mit lauter Stimme ad concham gesprochen. Man kann sich heute, 4 Wochen nach der Aufnahme, in einer Entfernung von 20 *cm* Konversationssprache mit dem Knaben verständigen und ich habe den Eindruck, daß sich inzwischen tatsächlich das Gehör spontan gebessert hat, vielleicht aber auch, daß er sich an meine Stimme gewöhnt hat oder seine anfängliche Scheu abgelegt hat.

Der Vestibularis war sowohl kalorisch als auch rotatorisch für alle Bogengänge unerregbar und ist es auch geblieben.

Wenn Schädigungen akuter oder chronischer Natur den Oktavus treffen, so wird fast stets der Cochlearis, als der vulnerablere Nerv härter mitgenommen als der Vestibularis, der sich widerstandsfähiger erweist. Bei der epidemischen Meningitis ist dies geradezu die Regel. In diesem Falle sehen wir nach Meningitis epid. die Funktion des Vestibularis vollständig erloschen, während der Cochlearis in einem allerdings geringen Teile funktionsfähig ist. Wegen der Seltenheit solcher Befunde habe ich mir erlaubt, den Fall vorzustellen.

XII. O. Beck: **Infiltrierende Form der Mittelohrtuberkulose anfänglich unter dem Bilde einer Mucosus-Otitis.**

Der 34jährige Uhrmacher gibt an, daß er bis vor einem Jahre vollkommen gesund war. Seit dieser Zeit ist er bedeutend abgemagert und hat zuweilen gefiebert. Bis Ende März war er ohrgesund, um diese Zeit bemerkte er im Kopfe, speziell auf der rechten Seite, ein Gefühl der Schwere und Völle, ferner ein Sausen im Ohre, das er mit dem Geräusche einer Dampfmaschine vergleicht. Zugleich mit diesen Beschwerden setzte eine hochgradige Schwerhörigkeit ein. Bei der Anfang April vorgenommenen Untersuchung ergab sich folgender Befund:

Das Trommelfell bot das Bild, das man bei einer Mucosus-Otitis zu sehen gewöhnt ist. Bei der Paracentese entleerte sich kein Sekret. In der Folgezeit trat geringere Sekretion auf, die nach zirka 10 Tagen wieder völlig sistierte. Nach einer weiteren Woche setzte wieder Sekretion ein, die mit zeitweiliger Unterbrechung bis 5. Mai andauerte. Am 5. Mai Spitalsaufnahme.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Befund: Trommelfell diffus gerötet ohne sichtbare Details, Vorwölbung in den hinteren oberen Partien, starke Senkung der oberen Gehörgangswand, Eitersekretion, Warzenfortsatz wenig druckempfindlich, sehr starke Kopfschmerzen in der rechten Schädelhälfte, die besonders in die Schläfengegend lokalisiert werden. Gehör $^1/_2$ *m* Konv.-Spr., Fl.-Spr. ad concham, kalorische Reaktion auslösbar, kein spontaner Nystagmus, Temperatur 37,6.

Operation 7. V.: Typischer Hautschnitt, Warzenfortsatz pneumatisch, Schleimhaut der Warzenfortsatzzellen wenig verändert, Antrum eng, nirgends Eiter zu finden, Wundschluß.

Nach der Operation änderte sich das Bild nicht wesentlich, geringe Sekretion mit Phasen von Sistieren jeglicher Sekretion wechseln ab. Die Senkung der Gehörgangswand besteht unverändert fort. Dagegen ist das Trommelfell in einen Granulationstumor umgewandelt. Dieses Bild besteht bis zum heutigen Tage. Die histologische Untersuchung eines Stückchens des Granulationstumors ergibt typische Tuberkel (Demonstration des Präparates).

Die gestern vorgenommene Untersuchung ergab ein Gehör von kaum 10 *cm* Konv.-Spr., akzentuierte Fl.-Spr. ad concham. Weber nach der kranken Seite, Rinne negativ, Knochenleitung verlängert.

Kalorische Reaktion rechts: Nach 2 Minuten Spülung von 15gradigem Wasser typische Reaktion auszulösen.

Drehreaktion: 10mal r. K. aufw. Ny ➳ 22, 10mal l. K. aufr. Ny ➳ 24, 10mal r. K. vgn. Ny ↻ 18, 10mal l. K. vgn. Ny ↻ 21, 10mal r. K. rgn. Ny ↓ 9, 10mal l. K. lgn. Ny ↑ 11.

Dieser Fall ist ganz analog dem früher Vorgestellten. Es handelt sich ebenfalls um eine infiltrierende Form der Mittelohrtuberkulose, die interessanterweise anfänglich als Mucosus-Otitis imponiert hat. Die starke Senkung der Gehörgangswand, die Kopfschmerzen im Verein mit Fieber, gaben die Indikation zur Operation ab. Der Operationsbefund war negativ. Der postoperative Verlauf gab die Veranlassung zur Vornahme einer Probeexcision, die eine Tuberkulose des Mittelohres ergab. Intern besteht eine rechtsseitige inaktive Apicitis. Wassermann befund negativ.

Diskussion.

R. Leidler: Ich möchte zum Kapitel der Tuberkulose des Ohres einen Fall aus letzter Zeit erwähnen. Ein 30jähriger Mann hatte, kurz bevor er zu mir kam, eine akute Spitzenaffektion durchgemacht, von der er sich in einem Sanatorium sehr gut erholte. Während dieser Erkrankung bekam er im rechten Ohre Sausen und Schwerhörigkeit ohne Schmerzen. Andernorts war bereits paracentesiert worden. Er zeigte den Befund wie in Becks Fällen; Hörweite für Fl.-Spr. 30 *cm*. Stimmgabelbefund wie bei einer Mittelohraffektion. Labyrinthe normal. Da ich erst später die Tuberkuloseanamnese erfuhr, hielt ich anfangs den Fall für eine Mucosusotitis. Paracentese ohne besonderen Effekt. Dann habe ich Politzersche Luftduschen angewandt und merkwürdigerweise nach einer leichten Einblasung wesentliche Hörverbesserungen erzielt: Hörweite 3—4 *m* für Fl.-Spr. Da sich dennoch der Befund nach 2 Wochen nicht änderte, bekam ich Verdacht auf Tuberkulose, der mir nun durch näheres Befragen be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

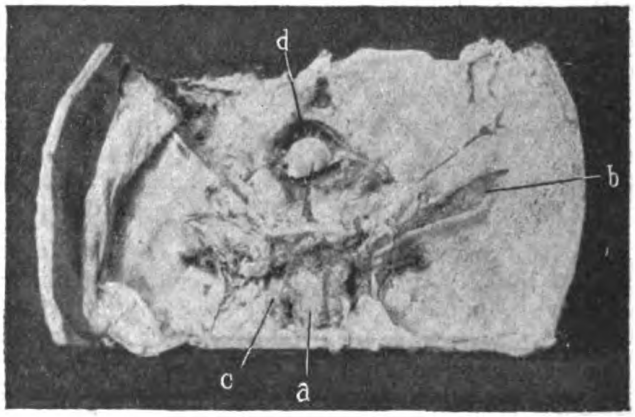
stätigt wurde. Während der Behandlung erlitt Pat. eine schwere Haemoptoe und kam nicht wieder. Vielleicht ist er schon gestorben. Also bestand hier eine Tuberkuloseerkrankung der Mittelohrschleimhaut ohne besonders schwere, tiefgreifende Veränderungen, wofür die bis zum letzten Momente meiner Beobachtung vorhandene sehr gute Hörweite zeugt.

XIII. O. Beck: **Ausgedehnte tuberkulöse Karies des Warzenfortsatzes und Felsenbeins, Karies der Schädelbasis mit Zerstörung und Sequestrierung des Clivus.** (Demonstration des Präparates.)

Das 8jährige Mädchen erkrankte im Alter von zwei Jahren an Diphtherie, ein Jahr später an Masern, sechs Wochen vor der am 30. XII. 1918 erfolgten Aufnahme auf die Klinik trat Ohrenfluß links auf. Seit einer Woche besteht Schwellung hinter dem Ohr.

Befund bei der Aufnahme am 30. XII. 1918: L. O.: Periostalabsceß mit starker Verdrängung der Ohrmuschel; die Gegend des Warzenfort-

Fig. 1.



Ansicht von oben.
a freier Sequester (Clivus, Keilbeinkörper), *b* geschlitzte Dura, Karies der Pyramide sichtbar, *c* Karies der großen Keilbeinflügel, *d* Foramen occip. mit Rückenmark.

satzes äußerst druckempfindlich, reichliche, nicht fötide eitrige Sekretion aus dem Gehörgang, maximale Senkung der oberen Gehörgangswand bis zur Berührung mit der unteren Wand, so daß der Einblick zum Trommelfell unmöglich ist. In der Tiefe sieht man pulsierenden Eiter. R. O.: normal. Funktionsprüfung: L. O.: Konv.-Spr. $^1/_2$ *m*, Fl.-Spr. ad concham, Stimmgabelbefund nicht verläßlich aufzunehmen, kein Schwindel, keine Gleichgewichtsstörungen, kein spontaner Nystagmus, kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion typisch auslösbar.

Operation (Beck) 31. XII. 1918: Antrotomie, großzelliger Warzenfortsatz, der Knochen ist bis zur Dura der mittleren Schädelgrube erweicht, weshalb diese auf Hellergröße freigelegt werden muß, sie erscheint normal. Usuelle Wundversorgung.

15. I. Seit zwei Tagen besteht Fieber bis 39,4, weshalb im Ätherrausch eine Inspektion der Wundhöhle vorgenommen wird, da an den Rändern, der äußeren Haut des Ohres und seiner Umgebung und intern

Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

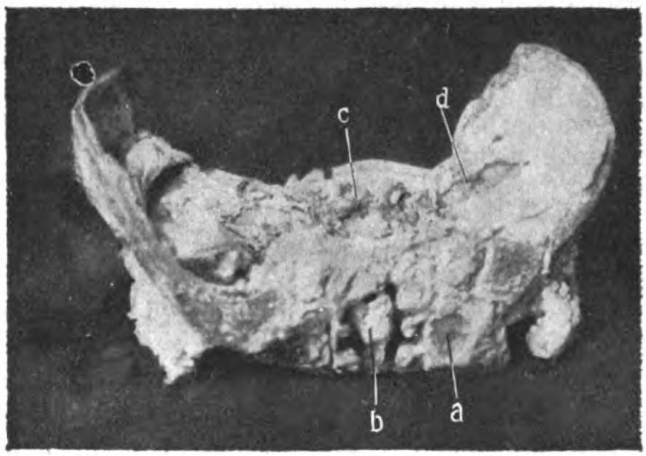
keine Ficberursache nachzuweisen ist. Die Wundhöhle erweist sich überall von gesunden Knochen begrenzt. Die Wunde wird weit offen gelassen.

17. I.: Ein Erysipel ist erkennbar. Nach Abklingen des Erysipels wird das Kind ambulatorisch weiterbehandelt, jedoch am 12. III. wegen zunehmender Eiterung aus dem Ohr und aus der Operationshöhle wieder aufgenommen, zumal keine Heilungstendenz besteht. An der seitlichen Halsgegend links, ebenso am linken Kieferwinkel Lymphome, zum Teile exulzeriert. Röntgenbestrahlung, Behandlung mit Jodoformglyzerin.

Anfang Mai wird das linke Auge nicht vollständig geschlossen, am 8. V. besteht eine vollständige linksseitige periphere Facialparese. Das linke Ohr ist taub, der Vestibularapparat kalorisch erregbar, Temperaturen über 38.

27. V.: 39,6, als deren Ursache eine über beide Lungen disseminierte Lobulärpneumonie auf tuberkulöser Grundlage festgestellt wird.

Fig. 2.



Frontalschnitt.
a Nebenhöhlen der Nase von Tbc.-Massen erfüllt, *b* Infiltrat am Septum, *c* sequestrierter Clivus, *d* Karies der Pyramide.

5. VI.: Exitus.

Obduktion (Prof. Erdheim): Karies der Schädelbasis mit Zerstörung und Sequestrierung des Keilbeinkörpers, nach rückwärts auf den Clivus, nach vorne auf das Planum sphenoidale, links und nach außen auf das Felsenbein übergreifend, mit zahlreichen extraduralen kalten Abscessen über den genannten Knochen und beträchtlicher Verschiebung des sequestrierten Keilbeinkörpers nach abwärts. Alte Operation am linken Felsenbein (Dezember 1918). Im Operationsbereiche matsches Granulationsgewebe und kariöser Knochen bloßliegend. Karies des 4. Lendenwirbelskörpers, verstreute Herde chronischer Tuberkulose in der rechten Lunge, käsige Tuberkulose der Hiluslymphdrüsen mit Durchbruch in den rechten Hauptbronchus und narbiger Verlötung mit dem Ösophagus. Tuberkulöses Geschwür des Ileum und käsige Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei dieser Pat. bestand eine tuberkulöse Erkrankung des Warzenfortsatzes und durch das Weiterschreiten des Prozesses war die Facialparese bedingt. Interessant sind die ausgedehnten Zerstörungen nicht nur am Warzenfortsatz, sondern in der Pyramide selbst, ferner am Keilbeinkörper und den großen Keilbeinflügeln, wie am Präparat deutlich zu sehen ist. Selten ist ferner an dem Falle, daß, wie man ebenfalls am Präparat sehen kann, sämtliche Nebenhöhlen der Nase der linken Seite von tuberkulösem Granulationsgewebe ausgefüllt sind. Ebenso sind die obersten Partien des Septums infiltriert und dessen Schleimhaut verdickt.

XIV. E. Urbantschitsch: **Isolierte akute Neuritis des Acusticus unbekannter Ätiologie.**

Der ca. 38jährige Beamte H. K. war bis März 1919 stets ohrgesund und hatte insbesonders beiderseits ein tadelloses Gehör. Am 13. III. empfand er plötzlich — ohne irgendwelche sonstige Erscheinungen — einen intensiven Schmerz im rechten Ohr (wie Stiche mit einem Messer) bei jedem, selbst geringgradigen Geräusch oder Ton. Dieser Zustand dauerte 3 Tage an, dann ließ diese Schmerzempfindung nach; dafür traten heftige subjektive Gehörsempfindungen (Kochen, Zischen, wie wenn Wasser auf eine glühende Herdplatte geschüttet wird, später zeitweise Wachtelpfiffe) auf, außerdem trat eine Hörverminderung auf, die sich im Laufe der nächsten Tage zur Schwerhörigkeit ausbildete, um nach etwa 14 Tagen als Taubheit zu enden. Am 24. III. abends stellte sich durch 1 Stunde Schwindel ein, wobei aber Pat. nicht das Gefühl der Drehung gehabt haben soll, sowie Schwäche und sogar Ohnmacht; weder vor- noch nachher hatte aber Pat. je Schwindel noch sonst irgendwelche krankhafte Erscheinungen.

Die Ohrenuntersuchung am 3. IV. ergab folgenden Befund: Trommelfelle beiderseits normal. Rechts komplette Taubheit, kalorische Unerregbarkeit, stark herabgesetzte Drehreaktion: nach Rechtsdrehung 15", 30 Nystagmusschläge, nach Linksdrehung 9", 15 Nystagmusschläge. Links normal. Späterhin keine Änderung.

Es handelt sich in diesem Fall wohl um eine akute Neuritis des Nervus octavus. Damit sind in Einklang zu bringen: die anfänglichen lokalen Schmerzempfindungen bei dessen Funktion, die allmähliche Gehörabnahme bis zur Ertaubung und die schleichend eintretende Vestibularausschaltung; bei einer Erkrankung des Endapparates wären die Erscheinungen zweifellos stürmischer aufgetreten.

Ein Rätsel bleibt die Ätiologie. Keine Anhaltspunkte für Lues, für die übrigens die ganze Art der Erkrankung nicht spricht, keine interne Medikation, keine Zeichen irgend einer Intoxikation. Intern habe ich Jod nehmen lassen, allerdings vorläufig ohne jeden Erfolg. Infolge des dringenden Dienstes des Pat. konnte ich leider eine Pilocarpinkur, die mir noch die beste Aussicht auf einen Erfolg geboten hätte, nicht durchführen.

So rapid verlaufende komplette Nervenausschaltungen ohne bekannte Ursache gehören jedenfalls zu den großen Seltenheiten.

XV. C. Biehl: **Über die reizauslösende Kraft im Labyrinth.** (Vorläufige Mitteilung.)

Folgende Tatsachen sind feststehend:

I. Das häutige Labyrinth ist ein in sich geschlossenes System (Zuckerkandl, Politzer, Brühl).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Endo- und Perilymphe haben gleiches spezifisches Gewicht (Cyon).

III. Beide Flüssigkeiten stehen unter gleichem Drucke (Ostmann).

IV. In der Endolymphe sind feste, gallertartige, teilweise elastische Körper eingeschlossen, welche ein anderes spezifisches Gewicht als die Flüssigkeit haben (Kolmer).

Daher handelt es sich um einen Fall der Hydrostatik und sind die Gesetze dieser maßgebend.

Versuch: In das bekannte Exnersche Modell des Bogenganges mit Ampulle und Utriculus, welches mit Wasser gefüllt ist, wird nach Abschrauben der Metallkappe am Utriculus ein Kautschukfingerling eingeführt, gut abgedichtet; derselbe steht durch einen Schlauch in freier Verbindung nach außen. Der Fingerling bleibt bei allen möglichen Bewegungen des Modelles vollständig starr, während die in der Ampulle befindlichen Haare dieselben, auch im geringsten Maße ausgeführt, sofort anzeigen. Läßt man etwas Wasser aus dem Modelle aus, so daß an der Oberfläche des Utriculus eine kleine Luftblase steht, so schrumpft beim Ansaugen durch den Schlauch wohl etwas, aber völlig unmerklich, die Oberfläche des Fingerlings; ebenso ist auch ein Aufblasen völlig unmöglich. Die Grenzen sind entsprechend der Dichtenänderung der Luftblase.

Hierdurch ist es ausgeschlossen, daß Reizerscheinungen vom Vestibularapparat, welche wir in der Ruhe beobachten, auf Strömung zurückzuführen sind.

Aber auch bei Drehbewegung ist Strömung ausgeschlossen, da die ganze Labyrinthanlage exzentrisch gelegen, daher Fliehkraft und nicht Kreisströmung vorhanden ist. Fliehkraft erzeugt aber Druck. Daher kommt beim plötzlichen Anhalten nicht die Winkelbeschleunigung, sondern der Stoß zur Geltung.

Nun käme noch Zugwirkung in Betracht. Eine solche Kraft kann in einem geschlossenen Systeme, welches der Endolymphraum ist, ohne ein Vacuum zu schaffen, nicht vorkommen, wohl aber eine Änderung der Dichte (Verdichtung, Verdünnung). Behufs Ausgleich muß sofort Flüssigkeit teils neu geschaffen werden, teils diffundieren.

Lediglich auf Druck bzw. Druck und Auftrieb ist auch der ganze anatomische Bau des Labyrinthes eingerichtet: a) Ampullen, b) Utriculus (Bau und Form der beiden), c) die Anordnung des Utriculus, Sacculus, ferner des Aquaeduct. vest. und des Canal. reun., besonders der beiden letzteren als Regulatoren, d) der mikroskopische Bau der Hilfsapparate zur Reizübertragung (Kolmer), e) die Raumverhältnisse zwischen knöchernem und häutigem Bogengange, f) die Anordnung der reizempfindenden Körper und schließlich g) die vergleichende Anatomie.

Der Tierversuch bestätigt ebenfalls lediglich den Druck (Wittmaack), endlich auch die klinischen Erscheinungen: 1. Kalorisieren — Änderung der Dichte, 2. Rotieren — durch Auslösung der Fliehkraft und nicht Kreisströmung, also nicht Winkelbeschleunigung, sondern Stoß, 3. Fistelsymptom, 4. Mitteilung des Gefäßdruckes (Mygind), Schwindel in der Ruhe, bei akuten Volumsveränderungen.

Demnach ist also die reizauslösende Kraft im Vestibularapparate, ja, im häutigen Labyrinthe überhaupt lediglich Druck bzw. Druck und Auftrieb — nicht Zug oder gar Strömung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die ausführliche Arbeit werde ich mir erlauben, in einiger Zeit vorzulegen.

Diese Mitteilung aber brachte ich schon heute, damit Sie, meine Herren, während des Sommers Gelegenheit haben, sich mit dem Inhalte derselben vertraut zu machen, bedeutet derselbe doch unleugbar eine Umwälzung der bisherigen Anschauung. Aus eben diesem Grunde ersuche ich auch gleichzeitig, heute von einer Aussprache abzusehen, bin aber gerne bereit, ihre Bedenken gegen das von mir Vorgebrachte auch schon während der Ferien schriftlich entgegen zu nehmen.

XVI. G. Bondy: **Gravidität und Mittelohreiterung.**

In der Festschrift für Urbantschitsch haben Neumann und ich über Fälle berichtet, wo die Gravidität auf eine bestehende Mittelohreiterung einen äußerst ungünstigen Einfluß übte, und im Anschluß daran die Frage erörtert, unter welchen Umständen in solchen Fällen die Unterbrechung der Schwangerschaft gerechtfertigt erscheint. Ich erlaube mir heute über einen weiteren Fall zu berichten, wo die Beeinflussung der Mittelohreiterung durch die Gravidität sehr deutlich ist.

Die 25jährige Pat. hatte Ende 1917 eine akute Otitis durchgemacht, die nach Paracentese in etwa 8 Wochen vollkommen ausheilte.

Am 3. V. traten im selben Ohre wieder starke Schmerzen auf, 2 Tage später spontaner Durchbruch. Am 7. kam Pat. in meine Behandlung. Damals bestand eine ganz kleine Perforation im h. u. Quadranten mit ziemlich reichlicher Sekretion. In den folgenden Tagen vergrößerte sich die Perforation ziemlich rasch, so daß sie bald den ganzen h. u. Quadranten einnahm. Am 16. V. wurde wegen Lungentuberkulose — die Pat. war im 3. Schwangerschaftsmonate — der Uterus ausgeräumt. Der Effekt dieses Eingriffes war hinsichtlich der Otitis ein ganz eklatanter. Schon am nächsten Tage war das Ohr vollkommen trocken, nach etwa 10 Tagen begann sich die Perforation rasch zu verkleinern, nach weiteren 8 Tagen war sie durch eine bewegliche Narbe vollkommen verschlossen. Das Gehör ist wieder vollkommen normal.

Diskussion.

Leidler fragt, ob wir auf Grund einer derartigen Affektion die Einleitung des künstlichen Abortus empfehlen können.

Bondy verweist auf die erwähnte ausführliche Publikation. Nach dem Standpunkte der Gynäkologen erschiene die Unterbrechung der Gravidität nur bei Eintritt lebensbedrohender Komplikationen gerechtfertigt.

XVII. G. Bondy: **Die vestibulären Reaktionsbewegungen nach Drehung.** (Der Vortrag erscheint ausführlich in der Zeitschr. f. Ohrenhlk.)

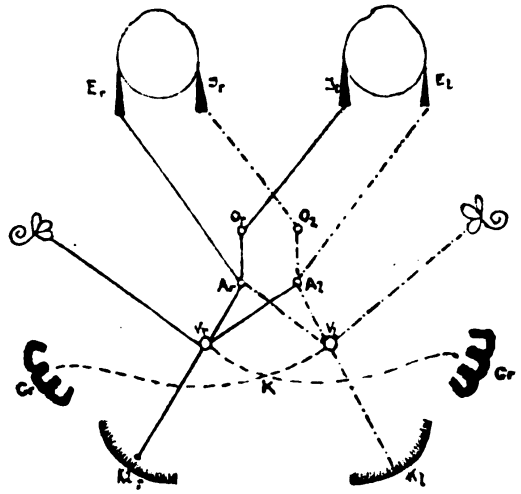
Ausgehend von der Breuerschen Theorie, daß jede Endolymphströmung in uns die Vorstellung einer Drehung des Kopfes in der Ebene des betreffenden Bogenganges und der Strömungsrichtung entgegengesetzt hervorruft, analysiert Vortr. die nach jeder Drehung auftretenden Drehnachempfindungen, aus denen sich sämtliche nach Drehung auftretenden Reaktionsbewegungen (Fallreaktionen und Zeigereaktionen, bzw. Gangabweichung) ableiten lassen. Daraus folgt, daß die vestibulären Reaktionsbewegungen mit der Drehempfindungsbahn einen einheitlichen, geschlossenen Reflexbogen bilden. Anschließend werden die Versuche Báranys, durch optische Hervorrufung eines Nystagmus Reaktionsbewe-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gungen auszulösen, erörtert sowie der Versuch von Bauer und Schilder, die durch Suggestion einer Drehempfindung Vorbeizeigen hervorrufen konnten. Auch in diesen Fällen steht die Reaktionsbewegung in enger Beziehung zur Drehempfindung. Das Reflexzentrum ist in die Kleinhirnrinde zu verlegen. Bei vestibulärer Reizung verläuft die Reflexbahn vom Vestibularapparat über dieses Zentrum zur Reaktionsbewegungsbahn, während bei dem durch optische Reize und durch Suggestion hervorgerufenen Vorbeizeigen das zerebellare Reflexzentrum vom corticalen Drehempfindungszentrum erregt wird.

Rheses Angaben, daß der Gesunde nach 10 Drehungen bei aufrechter Körperhaltung in der Mehrzahl der Fälle entgegengesetzt der Drehung falle, in der Minderzahl entsprechend der Drehrichtung, erklärt Vortr. aus Rheses Versuchsanordnung, die das wichtigste Erfordernis derartiger Versuche, die stabile Drehachse, vermissen läßt. Demgemäß ist auch seine Schlußfolgerung, daß in den erst angeführten Fällen die Fallreaktion durch den Endolymphstoß während der Drehung bedingt sei, zu verwerfen. Sie steht auch in Widerspruch mit unseren Erfahrungen bei den vertikalen Bogengängen.

Nachtrag: Figur zu S. 643, Demonstration II. E. Ruttin: Zur Diagnose eines Herdes in der Blickbahn und im hinteren Längsbündel.



Er, El: rechter, linker Musc. rect. ext., *Jr, Jl:* rechter, linker Musc. rect. int., *Vr, Vl:* rechter, linker Vestibulariskern, *Ar, Al:* rechter, linker Abducenskern (pontines Blickzentrum), *Or, Ol:* rechter, linker Okulomotoriuskern für den Internus, *Kr, Kl:* Kleinhirnhemisphäre rechts und links, *Gr, G:* Großhirnhemisphäre rechts und links (Blickzentrum). *K:* Kreuzung der Blickzentrumfasern.

Sitzung vom 14. Juli 1919.

Vorsitz: H. Frey.
Schriftführer: E. Urbantschitsch.

I. J. Fein demonstriert einen Mann mit einem **nußgroßen Fibrom des weichen Gaumens.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. O. Mayer: **Ein Fall von Struma baseos linguae.**

A. P., 37jährige Frau, die in Wien geboren wurde und immer daselbst lebte, leidet seit 1 Jahre an Atem- und Schlingbeschwerden.

Bei der Untersuchung zeigte sich eine halbkugelige, walnußgroße, glatte, elastische, genau median liegende Geschwulst des Zungengrundes. Die Geschwulst ist von normaler, glatter Schleimhaut allenthalben überzogen, durch welche zahlreiche große, über den Tumor ziehende Venen durchscheinen.

Dieser Befund legte die Diagnose Struma um so mehr nahe, als sich am Halse eine Schilddrüse nicht tasten ließ. Zur Sicherstellung wurde eine Probeexcision vorgenommen; da mit dem Konchotom dem Tumor nicht beizukommen war, mußte zuerst mit dem Skalpell eine Incision gemacht werden, durch welche eine Art Kapsel durchtrennt wurde; in den Schlitz konnte dann das spitze Konchotom eingeführt und ein Stück entfernt werden. Die infolge der Incision aufgetretene und durch Kompression nicht zu stillende starke venöse Blutung wurde leicht mit zwei tiefgreifenden Nähten, durch welche der Schlitz der Kapsel geschlossen wurde, zum Stehen gebracht.

Die histologische Untersuchung der Geschwulst (Dr. Priesel) ergab Folgendes: „Der Knoten besteht histologisch aus spärlichem vaskularisierten Stroma mit eingelagerten Nestern kubischer Zellen, die größtenteils zu Follikeln angeordnet sind, welche eine kleine rundliche Lichtung aufweisen. Letztere von einer homogenen, schwach färbbaren Masse erfüllt. Struma baseos linguae."

Da Schluckstörungen bestehen, werde ich einen Teile der Geschwulst mit der galvanokaustischen Schlinge abtragen. Die vollständige Entfernung darf wegen der Gefahr des Auftretens von Ausfallerscheinungen nicht vorgenommen werden.

Diese Geschwülste sind durch die Arbeiten von Chamisso und M. B. Schmidt, Meixner u. a. gut bekannt, sind jedoch immerhin sehr selten, so daß eine Demonstration des Falles angezeigt erscheint.

III. E. Urbantschitsch: **Multiple kleine Blutextravasate im Trommelfell nach Haematotympanum, noch 16 Monate nach der Verletzung nachweisbar.**

Der 36jährige F. Sch. wurde am 15. III. 1918 von mehreren Personen überfallen und zu Boden geschlagen. Er war „betäubt", konnte sich aber allein erheben, hörte links nichts und wies eine blutende Wunde am linken Ellbogen auf. Am 18. III. untersuchte ich Pat. im Garnisonsspital Nr. 2. Links fand ich ein selten schönes Haematotympanum: Das ganze Trommelfell erschien gleichmäßig ultramarinblau; Mittelohrschwerhörigkeit, keine Vestibularerkrankung.

Jetzt, nach fast 16 Monaten, sah ich Pat. wieder. Das Trommelfell erscheint bis auf eine leichte Trübung und Einziehung sowie einige Blutextravasate wieder normal. Die Blutextravasate sind kleinstecknadelkopfgroß; eines befindet sich im hinteren unteren, eines im vorderen unteren Quadranten, zwei grenzen an das Hammergriffende. R +,+, W ∞, S =, = v = + 6 *m*, + 6 *m*. Vestibularapparat normal.

Epikrise: Das Bemerkenswerte des Falles ist das Persistieren der Blutextravasate im Trommelfell, wogegen sich das Blut des besonders ausgedehnten Haematotympanums völlig resorbiert hat. Es ist wahrschein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lich, daß es sich jetzt schon um Pigment handelt. Dieses Symptom kann unter Umständen von Bedeutung sein, wie in gerichtlichen Fällen in späterer Zeit. So soll auch in diesem Fall eine Verhandlung erst jetzt eingeleitet werden.

IV. E. Urbantschitsch: **Sinusphlebitis traumatica und perisinuöser Absceß nach Sturz auf den Kopf.**

R. N., 8 Jahre alt, aufgenommen auf die Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitales am 23. VI. 1919.

Anamnese: Von Kinderkrankheiten nur Masern durchgemacht. Bis zur jetzigen Erkrankung nie ohrenleidend gewesen, insbesondere niemals Otorrhoe. Im Herbst 1918 stürzte Pat. von einem Wagen herab direkt auf den Kopf; im Anschluß daran Kopfschmerzen, Erbrechen, Taumeln, Fieber (Commotio cerebri). Seit dieser Zeit Schwerhörigkeit. Vor 2 Monaten bemerkte Pat. das Auftreten einer kleinen Geschwulst hinter der linken Ohrmuschel, zugleich auch etwas Ausfluß aus dem linken Ohr. In der letzten Zeit treten bei Sistierung der Otorrhoe, die mitunter auftritt, Schmerzen im linken Ohr auf. Derzeit kein Schwindel, kein Erbrechen, doch Kopfschmerzen zeitweilig sehr stark (seit dem Sturz). Oft Kältegefühl, häufig Diarrhoe.

Ohrenbefund: Rechts Trommelfell diffus gerötet, im hinteren oberen Quadranten vorgewölbt, im vorderen unteren eine kleinstecknadelkopfgroße, anscheinend in Heilung übergehende Perforation. Links Gehörgang von Polypen ausgefüllt. 2 Querfinger hinter dem Ansatz der Ohrmuschel in Antrumhöhe eine über haselnußgroße Geschwulst mit tiefer Fluktuation. R —, —; W ➤➤ l. (auch vom linken Warzenfortsatz); S =, =. Kalorische Reaktion rechts nach 1 *l* kalten Wassers schwach positiv, links nach 4 *l* 0; Fistelsymptome beiderseits 0; v = r. a. c., l. 0; links sehr laute Sprache a. c.

Operation am 26. VI. 1919: 6 *cm* langer Hautschnitt. Da dieser nicht genügt, um die retroauriculäre Geschwulst zu erreichen, ebensolanger Querschnitt darauf. Nach Abschieben des Periosts quillt ein Teelöffel voll bröckligen Eiters hervor. Hellergroße Knochenfistel an der hinteren Abdachung des Warzenfortsatzes, mit dunkelroten bis bräunlichen Granulationsmassen ausgefüllt. Ummeißelung der Fistel. Man gelangt zum Sinus, dessen Wand in weitem Ausmaße (etwa Daumengröße!) mit bräunlichen, z. T. schwartigen Granulationsmassen verwachsen sind. Weite Freilegung des Sinus und der Dura der hinteren Schädelgrube bis ins halbwegs Gesunde. Die Knochenbrüche zwischen beiden Schädelgruben werden zum großen Teil entfernt. Eine kleine Probeincision in den Sinus ergibt flüssiges Blut. Totalaufmeißelung der Mittelohrräume. Im Antrum freier, unter Druck stehender Eiter und Granulationen, die auch die Paukenhöhle erfüllen. Keine Gehörknöchelchen vorgefunden.

Bakteriologischer Befund: Sowohl Eiter des Subperiostalabscesses wie des Antrums steril (Ausstrich und kulturell).

Verlauf: Vollständig normal, afebril.

Epikrise: In dem vorliegenden Fall dürfte es sich in erster Linie um eine primäre (traumatische) Erkrankung des Sinus bzw. perisinuösen Gewebes handeln, bei deren Fortschreiten sich allmählich auch Antrum und Paukenhöhle an der Entzündung mitbeteiligten. Dabei können selbstverständlich beim Sturz auch Veränderungen in der Paukenhöhle aufgetreten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sein, zumal ja das anfängliche Taumeln des Pat. für eine Labyrinthreizung spricht. Daß das Trauma ein stärkeres gewesen sein muß, dafür spricht die 2 Tage angehalten habende Commotio cerebri. Für die Auffassung des Falles spricht der ganze Verlauf, die abnorme Lage der Knochenfistel direkt über dem Sinus, die besonders ausgedehnte Sinuserkrankung, das späte Auftreten der Ohreiterung sowie insbesondere auch die Sterilität des Eiters, aus der einerseits der schleichende Verlauf zu erklären ist, andrerseits auch der Umstand, daß es sich hier nicht um von außen in die Paukenhöhle eingedrungene Infektionskeime gehandelt hat.

V. E. Urbantschitsch: **Neuritis optica, hervorgerufen durch perisinuösen Abceß. Beiderseitige Mucosus-Mastoiditis.**

J. R., 40 Jahre alt, Schneidermeister. Aufgenommen auf die Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitales am 22. I. 1919.

Anamnese: Im November 1918 Grippe. Im Anschluß daran Ohrenschmerzen beiderseits und sehr schlechtes Gehör. Seit Anfang Januar häufig Kopfschmerzen. In der ersten Zeit häufig Schwindelanfälle, seither auch Ohrensausen. Seit 14. I. Otorrhoe rechts.

Ohrenbefund: Rechts mäßig viel dickflüssiger Eiter, Trommelfell gerötet und geschwollen, hinten oben vorgewölbt. Warzenfortsatz äußerlich normal, doch druckempfindlich (an der Spitze). Links Trommelfell rosarot, etwas geschwollen, im hinteren Anteil etwas vorgewölbt. Warzenfortsatz an der Spitze leicht druckempfindlich. R —, —; W ➤➤ r.; S $-^{(1)}$, $-^{(2)}$. Kein Spontannystagmus, kein Fistelsymptom. Kalorische Reaktion r. nach 1 *l*, l. nach $^1/_2$ *l* kalten Wasser positiv. v = a. c., a. c.

Verlauf: 22. I. Paracentese links; kein Eiterabfluß.

24. I. Rechts wie links trocken.

29. I. Rechts Auftreten eines Polypen aus dem Antrum. Warzenfortsatz hochgradig druckempfindlich. Röntgenbefund (Dr. Selka): Verschleierung des rechten Warzenfortsatzes, normale Helligkeit des linken.

31. I. Operation (Aufmeißelung des rechten Warzenfortsatzes): Corticalis sehr dick. In den Zellen des Warzenfortsatzes, im Antrum und in der Paukenhöhle schlaffe Granulationen.

12. II. Subfebrile Temperaturen. Sehr starke Eiterung aus dem Gehörgang und retroauriculär. Nekrose der unteren und hinteren Gehörgangswand.

15. II. Vom Gehörgang aus gelangt man mit der Sonde in eine über walnußgroße, mit dickem Eiter erfüllte Abceßhöhle unter der unteren Gehörgangswand.

20. II. Operation. Breite Freilegung des Senkungsabscesses. Bakteriologischer Befund (Dr. Kutschera): Ausstrich Pneumo- und Streptokokken; kulturell Pneumokokken (kapsuliert).

26. II. Interne Untersuchung (Dr. Loll): Apicitis obsoleta dextra. Rechts hinten Pleuraverwachsungen. Kein akuter Prozeß.

28. II. Augenbefund (Dr. Friedland): normal.

7. III. Sekretion noch stark, doch wesentlich geringer als früher.

21. III. Eiterung (bei täglichem Verbandwechsel) nachlassend. Links Trommelfell rosarot, infiltriert, im hinteren Anteil deutlich vorgewölbt. Daher Paracentese; kein Eiter! Druckgefühl in der Scheitelgegend.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

26. III. Röntgenbefund (Dr. Selka): Verschleierung im linken Warzenfortsatz.

3. IV. Operation: Aufmeißelung des linken Warzenfortsatzes in Lokalanästhesie. Warzenfortsatz kleinzellig, an der Spitze kleine, blasse Granulationen, im Antrum fadenziehender Eiter. Knöcherne Sinuswand gesund erscheinend, daher Sinus nicht freigelegt. Pat. übersteht die Operation ganz ohne Schmerzen, ißt unmittelbar hernach mit Appetit und geht im Garten spazieren.

18. IV. Rechts Paukenhöhle trocken, retroauriculäre Wunde durch gesunde Granulationen geschlossen. Links Paukenhöhle trocken; retroauriculäre Wunde eiternd.

26. IV. Rechts vollständig geheilt; links unverändert. Kopfschmerzen, besonders in der linken Scheitelgegend.

26. V. Links retroauriculär geschlossen.

13. VI. Retroauriculäre Wundnarbe wieder aufgebrochen; eitriger Ausfluß. Zeitweise Schwindelanfälle und Flimmern vor den Augen. Pat. sieht nur undeutlich. Augenspiegelbefund (Dr. Friedland): Beiderseits, hauptsächlich aber rechts, Neuritis optica. Papillengrenzen verwaschen. Sehschärfe rechts: 5:6/18.

17. VI. Operation: Breite Freilegung der linken Warzenfortsatzhöhle und des Sinus. Bei der Abmeißelung der knöchernen Sinuswand in der Gegend des oberen Kniees quillt plötzlich unter starkem Druck seröser Eiter hervor; perisinuöser Absceß. Sinuswand selbst in Zwanzighellerstückgröße entzündlich verändert, eine kleine Probeincision ergibt aber flüssiges Blut. Bakteriologischer Befund (Dr. Kutschera): Ausstrich steril; kulturell Streptococcus mucosus.

20. VI. Kopfschmerzen wesentlich geringer.

11. VII. Augenspiegelbefund (Dr. Friedland): Rechts Papillitis zum größten Teil zurückgegangen, nur Papillengrenzen noch etwas unscharf, keine Injektion der Gefäße mehr. Links normal.

14. VII. Wundheilung sehr gut. Kopfschmerzen geschwunden. Bestes Wohlbefinden.

Epikrise: Der Fall erscheint aus mehrfachen Gründen sehr interessant. So zeigt er links die schleichende Entwicklung einer Mucosus-Otitis in selten schöner Weise: Niemals Otorrhoe; anfangs ergibt die Röntgendurchleuchtung noch klare Zellstruktur, dabei finden sich aber schon Trommelfellveränderungen, wie wir sie bei Mucosus-Otitis zu sehen gewohnt sind. Wiederholte Paracentesen ergeben stets ein negatives Resultat. Später zeigt die Röntgenisierung eine Verschleierung der Zellstruktur des Warzenfortsatzes. Daraufhin gleich Operation. Trotzdem entwickelt sich in der Folge ein perisinuöser Absceß, zu dem der Keim in Form der Mucosus-Streptococcen zweifellos schon zur Zeit der 1. Operation unter der knöchernen Sinuswand vorhanden gewesen ist. Infolge der anscheinenden Gesundheit der letzteren wurde aber der Sinus nicht freigelegt. Den unmittelbaren Anstoß zu einem weiteren operativen Eingriff gab erst die Augenspiegeluntersuchung. Während früher der Fundus beiderseits normal war, ergab sich nunmehr eine Neuritis optica, die hauptsächlich kontralateral bestand. Auffallender Weise wurde diese nur durch einen perisinuösen Absceß ausgelöst, während der Sinus selbst nicht thrombosiert

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war. Seit der bloßen Freilegung dieses Abscesses Rückbildung der Neuritis optica sowie der subjektiven Beschwerden.

Der Fall lehrt also, daß 1. Augenhintergrundveränderungen nicht bloß durch tiefer gelegene intracranielle Komplikationen ausgelöst werden können, 2. die Seite der stärkeren Veränderungen noch keinen Schluß auf die Seite des auslösenden Herdes zuläßt und 3. speziell bei Mucosus-Otitis am besten prinzipiell der Sinus, wenn auch nur in kleiner Ausdehnung, freigelegt werden sollte, da deren Wirkung unberechenbar ist.

VI. H. Frey: **Ein Fall von periostalem Absceß im Warzenfortsatz und circumscripter Mastoiditis bei Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen im Mittelohr, 6 Monate nach einer geringfügigen Myringitis.**

Der vorgestellte Pat. erschien vor 4 Wochen in meiner Abteilung mit der Angabe, seit einigen Tagen Schmerzen hinter dem linken Ohre zu haben. Es fand sich eine walnußgroße fluktuierende Schwellung auf dem Proc. mast., die die Ohrmuschel nach vorn und unten drängte. Haut gespannt, gerötet, druckschmerzhaft. Otoskopischer Befund normal. Pat. gab an, schon seit vielen Jahren schlecht zu hören. Die Funktionsprüfung ergab ein altes Schalleitungshindernis. Die Schwellung nahm bis zum nächsten Tage zu. Wir vermuteten zuerst eine vereiterte Drüse, bei der Operation (in Lokalanästhesie) fand ich aber einen Periostalabsceß und eine Fistel im Warzenfortsatz, die in eine erbsengroße Höhle im Knochen führte. Sie war mit Granulationen ausgekleidet, nach deren Entfernung sich eine glatte Wand zeigte; der Knochen schien normal, dem Gefühl nach nirgends erweicht. Angesichts des normalen Mittelohrbefundes schloß ich die Wunde bis auf eine kleine Drainageöffnung. Volle Heilung innerhalb 2 Wochen. Erst später stellte sich heraus, daß Pat. 6 Monate vorher in meinem Ambulatorium erschienen war und über Schmerzen im linken Ohre geklagt hatte. Da diese aber nach 2 Tagen schwanden, war er nicht mehr gekommen. Es wurde damals „Myringitis acuta" notiert. Es ist also 6 Monate nach einem geringfügigen entzündlichen Mittelohrprozesse, der innerhalb 2—3 Tagen ohne Eiterung abgelaufen war, ein Periostalabsceß mit einer ganz umschriebenen Abscedierung im Knochen selbst aufgetreten.

Es ist ja genügend bekannt, daß wir Mastoiditiden als Komplikationen akuter Otitis in einem Stadium auftreten sehen, wo die Otitis selbst otoskopisch fast oder ganz abgelaufen ist, daß aber ein Intervall von 6 Monaten, noch dazu bei einem so ganz leichten Entzündungsprozesse vorgekommen wäre, ist meines Wissens noch nicht beschrieben. Man muß sich vorstellen, daß bei der ursprünglichen Erkrankung Eitererreger in die terminalen Zellen gelangten, dort latent blieben und unter dem Einflusse unbekannter Ursachen nach so langer Zeit zur Virulenz erwachten. Vielleicht ist ebenfalls auf Rechnung der besonderen Eigentümlichkeiten der Grippeinfektionen des letzten Jahres zu setzen. Dieser Fall scheint mir im übrigen geeignet, als Argument gegen die Annahme primärer Mastoiditiden verwandt zu werden, deren Vorkommen gelegentlich immer wieder behauptet wird.

Diskussion.

E. Ruttin: In meinem Falle bestand eine Externa und von dieser ist dann der weitere Prozeß ausgegangen.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Oto-laryngologischer Verein zu Kristiania.

Sitzung vom 21. November 1918.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Leegaard: **Mittelohrentzündung kombiniert mit Abducensparalyse, Schwindel, Erbrechen und Kopfschmerzen (Graedenigos Syndrom).**

Leegaard führte ein 21jähriges Mädchen vor, das Mitte Juni 1918 mit Kopfschmerzen und Erbrechen erkrankte und in den darauffolgenden Wochen an herabgesetztem Hörvermögen, Sausen und teilweisem „Reißen" in den Ohren litt. Bei der Untersuchung am 17. VII. fand man beide Trommelfelle etwas geschwollen und rot und in der Fovea mast. und an der Spitze des Processus herrschte einige Empfindlichkeit. Sie hörte rechtsseitig Flüstern auf $1^1/_2$ *m*, linksseitig auf 5—6 *m*. Eine Woche später Doppelsehen infolge einer stark ausgeprägten linksseitigen Abducensparalyse. Kein Nystagmus. Während des nächsten Monats schwankendes Befinden, gewöhnlich mit normaler Temperatur, vereinzelte Male 38°. Dann ließen die Symptome allmählich nach. Nach einigen Monaten waren keine Symptome mehr vorhanden, im rechten Ohr war alles normal, aber das linke Trommelfell zeigte sich bei der Untersuchung am 12. IX. immer noch etwas injiziert und geschwollen und das Gehör dieser Seite noch etwas herabgesetzt (Flüstern 8 *m*). — In den nun folgenden sechs Wochen fühlte Pat. sich vollkommen wohl und nahm an Gewicht wiederum zu, was sie während der überstandenen Krankheit eingebüßt hatte. — Ende Oktober stellten sich abermals Schmerzen ein, diesmal nur in und um das linke Ohr herum, es war ihr etwas schwindelig und übel. Die Untersuchung am 29. X. erwies starke Empfindlichkeit in der Fovea und der Spitze des Processus. Der Gehörgang war eng infolge einer Schwellung der oberen hinteren Wand. Das Trommelfell hinten rot und geschwollen. Flüstern 7 *m*. — Die Paracentese förderte kein Sekret zutage, auch später zeigte sich keines. Diesmal keine Augensymptome. In der nächstfolgenden Zeit ein paar Mal 38°, sonst normale Temperatur. Die Symptome schwanden diesmal schneller als voriges Mal. Sie fühlt sich nun — am 21. XI. — ganz wohl. Flüstern gut (mindestens 11 *m*), aber es läßt sich im Processus immer noch etwas Empfindlichkeit nachweisen sowie einige Schwellung des Gehörgangs und etwas Injektion und Schwellung des Trommelfells. Es liegt hier also eine Mittelohrentzündung vor, zu der sich Abducensparese in Verbindung mit gewissen Cerebralia gesellte. Die Entzündung hat sich wahrscheinlich von der Trommelhöhle durch die dünne Wand (die bisweilen Dehiscenzen zeigt) zum Canalis caroticus verpflanzt und von dort aus zu dem gleich dahinter liegenden N. abducens. Die beobachteten Cerebralia sind vielleicht ein Ausdruck serös-meningitischer Veränderungen dieser Gegend (Toxinwirkung?). Der Verlauf schien die verhältnismäßig gutartige Natur der Entzündung und die geringe Virulenz des Infektionsstoffes anzudeuten. Diesem Eindruck gemäß bestimmte man sich auch für die eingeleitete konservative Therapie. Ein Eingriff wurde zwar in Erwägung gezogen, aber unter Zweifel wieder aufgegeben. Sollte der Prozeß abermals auflodern, wäre eine Operation wohl als das sicherste angezeigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

N. S. 15. IV. 1919 Pat. vollständig wohl.

Diskussion: Heidenreich, Fleischer, Uchermann.

Uchermann: 1. **Boecksches benignes Sarkoid** (s. das miliare Lupoid) in der Schleimhaut der Nase und des Schlundes sowie der Gesichtshaut einer 51jährigen Frau (gewesenen Lehrerin).

Man sieht in der linken Stirngegend, an der linken Seite der Nase, der linken Wange und dem rechten Canthus externus von erbsengroße (Canth. ext.) bis zweikronenstückgroße, blaurötliche, scharf umschriebene Plaques, bestehend aus vielen einzelnen stecknadelkopf- bis hanfsamengroßen Knötchen, die bei Glasdruck zahlreiche bräunliche miliare Herde zeigen. Man bemerkt außerdem mehrere kleine erweiterte und gewellte Gefäße sowie etwas Desquamation. Vorn in beiden Nasenhöhlen, und zwar am stärksten auf der linken Seite, sieht man sowohl am Septum wie der Concha inf. eine unebene, infiltrierte, knotige, teilweise mit Schorf bedeckte, etwa fünfundzwanzigpfennigstückgroße Partie. Mitten an der hinteren Schlundwand befindet sich ein etwa zehnpfennigstückgroßer, runder, braungrauer, etwas vorgewölbter und fest anzufühlender Fleck mit injiziertem Rand, der nicht ulzeriert. Ein ähnliches Infiltrat — bohnengroß mit zackigen Umrissen und erythematöser Randzone — sieht man hinten am Palatum durum gegen den weichen Gaumen zu.

Im Sommer 1913 begann Pat. an Schnupfen zu leiden, im Sommer 1915 an Schwellungen in der Nase, weshalb ärztlicherseits Ätzmittel und Galvanokaustik ohne sonderlichen Erfolg angewendet wurden. Im November 1916 wurde eine teilweise Septumresektion vorgenommen. Weihnachten 1915 merkte sie erst — anfangs in Gestalt einer kleinen Warze — die sich heranbildenden Flecken an Stirn und Kopf, die dann langsam und allmählich ohne akute Ausbrüche größer geworden sind. In den beiden letzten Jahren hat sie dauernd Arsenik gebraucht.

Als Kind hat sie an den Augen phlyktenuläre Keratitis gehabt, ist aber sonst gesund gewesen. Eine Schwester ihres Vaters ist im Alter von etwa 30 Jahren an Tuberkulose gestorben, sonst gesunde Familie. Pirquet schwach + (Hautabteilung des Reichshospitals).

Die Krankheit ist zuerst von Cäsar Boeck beschrieben worden, der von 1898—1916 23 Fälle veröffentlichte. Er gab ihr wegen einer gewissen äußeren Ähnlichkeit mit den multiplen Hautsarkomen den Namen Sarkoid, späterhin den Namen: das benigne miliare Lupoid, da sie, wie sich herausstellte, in einem gewissen Verhältnis zur Tuberkulose stand. Die Knoten sitzen im Corium, und zwar an beliebigen Stellen des Körpers, vorzugsweise aber im Gesicht (auch an den Ohrmuscheln), an den Schultern und der Streckseite des Oberarms. Sie sind von verschiedener Größe, hirsekorn- bis gänseeigroß, und bestehen hauptsächlich aus epitheloiden Zellen, in der Peripherie finden sich spärliche Plasmazellen und Lymphozyten. Riesenzellen kommen selten, Nekrose nur andeutungsweise vor. Tuberkelbacillen lassen sich nicht nachweisen, doch ging in 2 Fällen das geimpfte Tier an Tuberkulose zugrunde. Pirquet ist fast immer negativ, in diesem Falle aber positiv. Boeck nahm an, daß die Krankheit vielleicht von einer Varietät des Kochschen Tuberkelbacillus, der leicht abstirbt und schwer nachweisbar ist, herrühre, andere meinen, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Knoten und Infiltrate schrieben sich von Toxinen des Tuberkelbacillus her (H a l l o p e a u). Wieder andere betrachten das Leiden als eine besondere, von der Tuberkulose unabhängige Krankheit, ein infektiöses Granulom unbekannten Ursprungs. Die anfangs hellroten Knoten oder Infiltrate nähern sich mit der Zeit der Oberfläche und erhalten ein mehr gelbbraunes, oft leicht desquamierendes Ansehen (Pigmentationsstadium). Später treten kleine Gefäße auf (Stadium teleangiectaticum) und noch später eine zentrale Involution und spontane Rückbildung der Geschwülste, die eine feine Narbe oder einen Pigmentfleck hinterläßt. Die Krankheit ist gutartig, ulzeriert niemals, bricht nicht in das Nachbargewebe ein, dauert aber gewöhnlich viele Jahre lang. Hauptsächlich werden Frauen davon befallen.

In der letzten Nummer des Archivs für Laryngologie schreibt H. U l r i c h in Basel über die Schleimhautveränderungen der oberen Luftwege bei dem B o e c k schen Sarkoid und das Verhältnis zum Lupus pernio, die, wie er meint, identische Krankheiten seien. Er hat in der Literatur 73 Fälle des B o e c k schen Sarkoids gefunden und bei der Hälfte derselben vermutlich Schleimhautleiden. Er selbst beschreibt 2 Fälle. Die Schleimhaut weist dieselben Knoten und dasselbe mikroskopische Bild wie die Haut auf. Die Schleimhaut scheint befallen zu werden, lange bevor die Haut angegriffen wird, und dieses Umstandes sollten die Rhinologen bei auftretender Stenose und anderen Symptomen eingedenk sein. Vielleicht ist die Nasenschleimhaut der normale Ausgangspunkt der Krankheit.

2. **Gumma laryngis cum fistula cutanea.**

U c h e r m a n n führte ein junges Mädchen von 13 Jahren vor, die in der Kehlkopfabteilung des Reichshospitals aufgenommen wurde, um wegen Heiserkeit und einer Anschwellung vor dem unteren Teil der Luftröhre, wo aus einer kleinen schorfbedeckten Wunde etwas sanguinolent-purulente Flüssigkeit kam, behandelt zu werden. Mit der Sonde gelangte man in einen fistulösen Kanal, der etwa 5 *cm* nach aufwärts und auswärts bis zum unteren Rand des Kehlkopfes führt. Vermittelst Laryngoskopie sah man — entsprechend der Regio supra- wie infraglottica — die linke Hälfte des Kehlkopfs von einem gleichmäßig roten, glatten, harten Infiltrat eingenommen, in dem das unbewegliche Stimmband mit Ausnahme eines weißen Streifens verschwindet. Die Krankheit soll etwa ein Jahr lang gedauert haben und ist ohne sonderlichen Erfolg mit JK behandelt worden. Keine Aufschlüsse wegen Lues. W a s s e r m a n n +.

14. II. 1919. Bei Salvarsanbehandlung (Hautabteilung) bildete sich die Geschwulst gänzlich zurück, die Fistel schloß sich, das linke Stimmband erhielt seine Beweglichkeit wieder. (Als die Geschwulst im Schwinden war, sah man anfangs in der Regio infraglottica eine erbsengroße gelbe Ulceration, die jetzt wieder verschwunden ist.).

G a l t u n g demonstrierte einen Fall von **geheilter otogener Meningitis.**

Der Pat., ein 36jähriger Sergeant, wurde am 8. VI. 1918 in der Ohren-Kehlkopfabteilung des Reichshospitals aufgenommen. Etwa vom 10. V. an stechende Schmerzen im rechten Ohr, am 18. V. lief blutiger Eiter aus dem Ohr und später ging von hier aus eine erhebliche Sekretion vor sich. Er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

litt damals an Kopfschmerzen in der Stirn. Am 6. VI. hatte Pat. 2- bis 3mal Erbrechen, war vom 7. VI. abends an unklar. Bei der Ankunft im Reichshospital am 8. VI. abends war Pat. exaltiert, schwatzsüchtig und sprang ohne Zusammenhang von dem einen Thema zum anderen über. Er war teilweise vollkommen desorientiert (glaubte sich auf einem Trainwagen). Auf direkte Fragen antwortete er jedoch klar. Temperatur 39,0°.

Er hörte Flüstern ad concham (Báránys Lärmtrommel kam zur Anwendung). Das Aussehen des Proc. mast. war normal, an der Spitze unbedeutende Druckempfindlichkeit. Gelber, nicht übelriechender schleimiger Eiter im Gehörgang.

Es war eine, wenn auch nicht stark ausgeprägte Nackenstarre vorhanden. Kernig +. Kein Nystagmus. Keine Facialisparese.

Unmittelbar nach der Ankunft wurde die Lumbalpunktion ausgeführt. Der Druck war 270 *mm*. Die Flüssigkeit sehr trübe, dick. Es wurden etwa 30 cm^3 entleert, wodurch der Druck auf 100 sank.

Nunmehr wurde Schwartzes Operation ausgeführt. Die Bedeckungen im wesentlichen normal. Der erste Hammerschlag veranlaßte das Ausströmen dicken gelben Eiters. Der ganze Processus war mit Pus und Granulationen angefüllt. Der Sinus war von morschen Knochenteilen und Granulationen umgeben. Sah normal aus.

Die Lumbalflüssigkeit enthielt Lymphocyten und Leukocyten, die Aussaat gab kein Wachstum.

Pat. war am Tage nach der Operation klar. Die Temperatur wurde nach Verlauf von 6 Tagen normal und während der Dauer seines übrigen Aufenthalts war er afebril.

Pat. kam infolge meiner am 20. VII. angetretenen Ferienreise unter die Behandlung eines Privatarztes.

Er fand sich nach meiner Rückkunft am 15. VIII. wieder ein. Die Wunde hinter dem Ohr war zugeheilt, das Trommelfell normal. Bei der Untersuchung des Hörvermögens zeigte es sich, daß dasselbe auf der operierten Seite = 0 war. Er hörte auch nicht das stärkste Geräusch. Die kalorische Probe ergab keinerlei Reaktion, auch nicht bei der Anwendung von Wasser auf 5° in einer Menge von 300—400 cm^3.

Epikrise: Bei diesem Falle ist meiner Ansicht nach zunächst bemerkenswert, daß Pat. seine Meningitis mit dem stark gesteigerten Druck allein vermittelst einer Lumbalpunktion und der Schwartzeschen Operation überwunden hat. Es kam nicht Urotropin zur Anwendung.

Weiter ist das Eigentümliche, daß Pat. während seines Aufenthalts im Krankenhaus eine schleichende Labyrinthitis gehabt haben muß, die schließlich zu vollständiger Taubheit des rechten Ohres führte.

Galtung besprach einen Fall von Sarcoma tonsillae bei einem 53jährigen Mann. Pat. hatte eine Blutung der linken Mandel bemerkt. Die linke Mandel war sehr vergrößert, fast knorpelhart, gut umschrieben. Sie ließ sich nach allen Richtungen hin verschieben. Keine Drüsengeschwulst. Die Mandel wurde vermittelst Tonsillektomie leicht entfernt.

Mikroskopische Diagnose: Lymphosarkom.

Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Bücherbesprechungen.

Medizinische Terminologie. Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften. Von Walter Guttmann, Oberstabsarzt z. D. an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen in Berlin. 10. und 11. vollkommen umgearbeitete Auflage mit 309 Abbildungen. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1919. Preis des elegant gebundenen Werkes 33 Mark.

Die Vorzüge dieses weit verbreiteten und beliebten Lexikons noch ausdrücklich hervorzuheben, erscheint wohl überflüssig; schon die Tatsache, daß in dieser schweren Zeit eine neue Doppelauflage notwendig und möglich ward, beweist den Wert des Buches. Der Zweck dieser Zeilen ist daher hauptsächlich auf das Wesen der Umarbeitung dieser Auflage gerichtet. Vor allem finden wir jetzt darin schon die allmählich um sich greifende neue Orthographie berücksichtigt. Mehrere Fächer (Physik, Chemie, Physiologie, Pharmakologie, innere Medizin, Neurologie, medizinische Zoologie, Prähistorie) sind vollkommen neu bearbeitet, biographische Angaben neu ergänzt, Etymologien gründlich umgearbeitet. Auch die zum Verständnis wesentlich beitragenden Abbildungen wurden vermehrt oder durch bessere ersetzt. Trotz allem ist der Umfang um vier Bogen geringer geworden, da der Text vielfach prägnanter gefaßt und ältere Fachausdrücke sowie die meisten französischen und englischen Terminologien weggelassen wurden.

So können wir auch dieser Auflage das Geleitwort mitgeben: Vivant sequentes. Ernst Urbantschitsch.

Referate.

I. Allgemeines.

Über einige Augen- und Halsmuskelreflexe bei Neugeborenen. Von Professor R. Bárány, Upsala (Acta oto-laryngologica. Vol. I. Fasc. 1. Stockholm 1918. S. 97 ff.)

1. Augenstellungsveränderung durch Veränderung der Körperstellung, wahrscheinlich reflektorisch durch die Sensibilität der Halsmuskeln ausgelöst. Dreht man z. B. bei fixiertem Kopfe den Körper des Neugeborenen um 90° nach links, so wenden sich beide Augen nach links. Dieser Reflex ist ganz passager (dauert zirka 2 Tage) und findet sich in der Tierreihe besonders beim Kaninchen gut ausgeprägt.

2. Optisch ausgelöste Kopfbewegungen beim Neugeborenen. Hält man einen Neugeborenen, der die Augen offen hat, in der Abenddämmerung in horizontaler Rückenlage mit dem Gesicht nach aufwärts parallel zum Fenster, so dreht er den Kopf dem Fenster zu.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Prüfung des Gehörvermögens bei Neugeborenen mit dem Lärmapparat ergibt bei fast allen eine deutliche positive Reaktion. (Wichtig für Kinder taubstummer Eltern.)

4. Augenöffnen und Stirnrunzeln als Vestibularreflex bei Erzeugung eines vertikalen Nystagmus nach abwärts.

5. Kopf- und Extremitätenbewegungen durch Vestibularisreizung. Für diese scheint beim Neugeborenen die willkürliche Innervation durch das Großhirn nicht notwendig zu sein.

Leidler.

Zur Lehre vom Augenzittern. Von Joh. Ohm, Bottrop (Jahrb. f. Kinderhlk. 38 H. 6. 1918. S. 397 ff.)

Der Verfasser hat das von Rauchnitz beschriebene Augenzittern der Kinder und der im Dunkeln gehaltenen jungen Hunde eingehend studiert.

Sein Material umfaßt 11 Fälle. Das gleichzeitige Auftreten von Schielen sowie Vorkommen des Augenzitterns und Schielens bei Vorfahren und Geschwistern ist ein Beweis dafür, daß dem Dunkelzittern der Kinder nicht bloß eine äußere Schädlichkeit, der Lichtmangel, sondern auch eine innere Veranlagung zugrunde liegt.

Um das Wesen des Augenzitterns zu ergründen, wurden Versuche an Katzen angestellt sowie die schon in früheren Untersuchungen (insbesondere an Bergleuten) gewonnenen Erfahrungen benützt. Bei der Darstellung geht der Verfasser vom Sitz der Krankheit als demjenigen Organ aus, das ihre hauptsächlichen Eigenschaften bestimmt, und den Ursachen, denen sie ihre Entstehung verdankt, die wieder in äußere (Berufsschädlichkeit) und innere (Veranlagung) zu unterscheiden sind.

Sitz der Erkrankung. Der Verfasser unterscheidet zwei Gruppen, das cerebrale und das vestibuläre Augenzittern, entsprechend der beiden Quellen der motorischen Innervation der Augen. Das erstere charakterisiert sich durch die große Schnelligkeit der Zuckungen (der Verfasser benützt eine von ihm angegebene Maß- und Registriermethode), ihr anfallsweises Auftreten und die Verschlimmerung bei Naheinstellung der Augen.

Nach des Verfassers schon in mehreren Arbeiten vertretener Ansicht sind außer dem allgemein als vestibulär bezeichneten Nystagmus auch der angeborene, der amblyopische, der juvenile, das Augenzittern der Bergleute und das auf gleicher Stufe stehende Dunkelzittern der Tiere und kleinen Kinder vestibulärer Herkunft. Pendelzittern und Rückzittern (rasche und langsame Komponente) sind nur graduell unterschieden; das Rückzittern geht aus dem Pendelzittern hervor, indem die zweite langsame

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Phase durch einen Ruck ersetzt wird. Beim angeborenen Zittern finden sich Fälle, bei welchen je nach den äußeren resp. inneren Bedingungen bald Pendel- bald Rückzittern auftritt.

Aus mehrfachen gewichtigen Gründen nimmt der Verfasser ferner an, daß auch die rasche Komponente des rhythmischen Nystagmus labyrinthär ausgelöst wird.

Die Ursache des Augenzitterns. Die Hauptursache ist der Lichtmangel. Daneben kommen in Betracht eine gewisse Übererregbarkeit des Labyrinths, ein herabgesetzter Lichtsinn, lange dauerndes Bücken in den niedrigen Flözen und körperliche Erschütterungen beim Hacken.

Die Rolle des optischen Apparates beim Nystagmus. Fehler des optischen Apparates spielen unter den Ursachen des Nystagmus eine sekundäre Rolle. Immerhin kann man sagen, daß eine latente Übererregbarkeit des Vestibularapparates um so eher Nystagmus erzeugen wird, je minderwertiger das Auge ist.

Auch das Licht hat einen Einfluß auf das vestibuläre Gleichgewicht und daher auf das Augenzittern. Blinde bekommen nur ganz ausnahmsweise Nystagmus. Zur Erzeugung des typischen rhythmischen Nystagmus ist eine gewisse Sehtüchtigkeit oder, besser gesagt, eine gewisse Tätigkeit des Auges erforderlich. Zum sicheren Nachweis der letzteren Tatsache empfiehlt der Verfasser noch Tierversuche. Leidler.

II. Äußeres Ohr und Mittelohr.

Herpes zoster des Ohres. Von Dědek. (Aus der Ohrenabteilung des Garnisonspitals Nr. 8 am Hradschin [Vorstand: Prof. Vymola].) (Čas. lék. česk. 1919. Nr. 22.)

Ein 24jähriger Infanterist erkrankte am 25. XII. 1918 unter leichtem Fieber, Mattigkeit und Kreuzschmerzen an intensivem Stechen im rechten Ohre und dessen Umgebung. 5 Tage später traten leichte Lähmung des rechten Facialis sowie Brechreiz und Schwindel beim Gehen auf. Gleichzeitig wurde Patient rechts sehr schwerhörig. 3 Tage später sah ihn Verfasser und stellte neben hochgradiger nervöser Schwerhörigkeit rechts und Unerregbarkeit des rechten Vestibularapparates Bläschen an der Ohrmuschel und am Tragus fest, die sich an der unteren Gehörgangswand bis zum mazerierten, aber nicht perforierten Trommelfell verfolgen ließen. Linkes Ohr völlig normal. Rechte Zungenhälfte und Gaumen unempfindlich. Wassermann positiv. Nach etwa 8 Wochen war das Gehör normal, der Schwindel geschwunden, während die Facialislähmung noch bestand. Trotzdem ist nach Verfasser die Prognose der Lähmung keine ganz schlechte. Die Ätiologie dieses Falles ist nach Verfassers Meinung eine infektiöse. Einen Zusammenhang mit gleichzeitig bestehender Lues

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lehnt Dědek mit Rücksicht auf das zeitliche Zusammentreffen der Gesichtslähmung und der Herpeseruption ab. Wodak, Prag.

III. Labyrinth und Hörnerv.

Zur Kenntnis der Labyrinthfunktion. Von Dr. Hans Gertz. (Acta oto-laryngologica. Vol. I. Fasc. 2 u. 3.)

Die Tatsache, daß bei galvanischer Labyrinthreizung nicht selten schon Schwindelgefühl, Scheinbewegungen und Falltendenz bestehen, ohne daß man objektiv die motorische Augenreaktion (Nystagmus) nachweisen kann, hat den Verfasser veranlaßt, mit verfeinerter Methodik die Augenbewegungen bei galvanischer Labyrinthreizung zu studieren. Er fand mittelst einer speziellen Methode (Beobachtung der Verschiebung eines Netzhautnachbildes), daß bei ganz schwachen Strömen die Augenreaktion bei geradeaus in die Ferne gerichtetem Blick in einer kleinen Drehung des Bulbus um die Blicklinie, in Geschwindigkeit und Richtung übereinstimmend mit der galvanisch ausgelösten langsamen rotatorischen Nystagmusphase besteht. Durch eine Reihe von Versuchen wurden die Wirkung konstanter und intermittierender Ströme bestimmt, die Auslösungsdauer der vestibulären Augenreaktion, die Latenzdauer der vestibulären Gleichgewichtsreaktionen sowie der zeitliche Einfall des Schwindelgefühls untersucht. Eine eingehende Besprechung wird dem sogenannten propriоceptiven Schwindel, wie der Verfasser das rein vestibuläre subjektive Schwindelgefühl (mit Ausschluß der motorischen Empfindungen) nennt, gewidmet. Dasselbe tritt bei einer etwas höher gelegenen Schwelle der Stromstärke auf als die Augenreaktion und ist bei Stromschluß und -öffnung quantitativ verschieden.

Aus den zahlreichen Experimenten werden im folgenden theoretische Schlußfolgerungen gezogen, aus denen ich einige herausgreifen will: Es gibt bei der vestibulären Augenreaktion (wenigstens der galvanischen) zwei Schwellenwerte der Stromstärke, welche weit auseinander fallen: an einem ersten, niedrigsten, der absoluten Schwelle, setzt die vestibuläre Augenwirkung ein, an dem zweiten, wesentlich höher gelegenen, der Nystagmusschwelle, beginnt die schnelle Phase und damit der Nystagmus; im Bereich zwischen beiden Schwellen stellt sich die Reaktion dar als eine wesentlich stationäre, unter Umständen veränderliche Deviation der Augenlage. Die in der Literatur vielfach vertretene Ansicht, daß die vestibuläre Gleichgewichtsstörung (sowie die Reaktionsbewegungen) eine sekundäre, reflektorisch auf die Schwindelsensation ausgelöste Aktion darstelle, dürfte durch die ermittelten Zeitverhältnisse der betreffenden Vorgänge unhaltbar geworden sein. Die vestibuläre Schwankung setzt um 0,1—0,15 Sekunden nach dem Reizmoment ein, die Reaktionszeit auf

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schwindel ist aber mit zirka 0,4 Sekunden bestimmt. Es ist somit anzunehmen, daß sich die Gleichgewichtsreaktion als primäre oder direkte motorische Vestibularwirkung erweist.

Was die gegenseitige Beziehung zwischen beiden Konstituenten der vestibularen Reaktion, der motorischen und sensiblen Komponente (der schwindelartigen Bewegungssensation) anbelangt, ist Verfasser der Ansicht, daß die motorische Wirkung das primäre Moment darstellt, von welchem sekundär die sensorische Komponente zunächst als Muskelgefühl erzeugt wird, zu dem noch irgendwie die Schwindelqualität hinzukommt; mithin eine ganz indirekte sensorische Funktion, grundverschieden von derjenigen der Sinnesorgane. Die Reizschwelle für das bei geschlossenen Augen wahrnehmbare, „proprioceptive" Schwindelgefühl liegt konstant höher als für die Augenreaktion und für die (genügend fein geprüfte) Gleichgewichtsreaktion. Also ist die vestibuläre Reaktion bei möglichster Schwäche rein motorisch, tritt motorisch über die Schwelle und erhält erst etwas stärker entwickelt die sensible Komponente.

Die vestibuläre Schwindelsensation hat, auch unter Ausschluß des Sehens, eine ausgesprochen räumliche Bestimmung; sie bildet sozusagen im Sensorium eine gewisse Körperbewegung ab. Diese labyrinthäre Bewegungsempfindung ist mit der eigenartigen Zusatzqualität des Schwindels gefärbt und entsteht wahrscheinlich in der Endstation der sensiblen muskulären und der damit funktionell verbundenen Leitungen. Wesentlich beteiligt an der Entstehung dieser vestibulären Sensation sind die Augenmuskeln. Das Schwindelgefühl selbst ist vielleicht auf den Umstand zurückzuführen, daß die Muskulatur vestibulär in Koordinationsformen erregt wird, die in natürlichen Bewegungskombinationen nicht vorkommen, sondern nur aus funktionell nicht zusammengehörigen Bewegungskomponenten zusammensetzbar sind. Diese Undeutbarkeit, Unentwirrbarkeit des räumlichen Charakters, welche die vestibuläre Sensation zu etwas anderem als einer Bewegungsempfindung macht, wird sinnlich eben durch die Schwindelqualität repräsentiert. Leidler.

Die Arteriosklerose des Ohrlabyrinths. Von B. Dědek. (Aus der Ohren-Nasenabteilung der tschechischen Poliklinik [Vorstand: Prof. Výmola].) Čas. lék. č. 1919. Nr. 8—10.)

Verfasser unterscheidet streng zwischen anatomischen Veränderungen an den Labyrinthgefäßen, die zu vollständiger oder teilweiser, aber stets dauernder Insuffizienz dieser Organe führen, und zwischen vorübergehenden Spasmen der regionären Gefäße, die infolge Ischämie vorübergehende Funktionsstörung hervorrufen. Klinisch findet Dědek bei ersterer Art das Bild einer progressiven, beiderseitigen Schwerhörigkeit vom Typus der labyrinthären. Nach Dědek muß man in jedem Falle derartiger Schwer-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hörigkeit nach dem 40. Jahre an Arteriosklerose denken. Verfasser hält auch die Presbyakusis sowie die progressive nervöse Schwerhörigkeit (Politzer) in vielen Fällen für arteriosklerotisch bedingt. Bei den funktionellen Störungen sind neben der vorübergehenden Schwerhörigkeit sehr oft subjektive Ohrgeräusche zu beobachten, die nach Dědek in manchen Fällen (deren Verfasser einige anführt) das erste Zeichen der Arteriosklerose des Labyrinthes und des ganzen Organismus überhaupt sein können.

Die Störungen des Vestibularapparates stellen sich später als die des cochlearen Teiles ein und sind für Arteriosklerose nicht charakteristisch. Verfasser meint, daß manchmal die Symptome der Arteriosklerose des Labyrinths das einzige Symptom der beginnenden allgemeinen Arteriosklerose sind und daher, analog der Arteriosklerose der Netzhautgefäße, für die Diagnose der allgemeinen Arteriosklerose eine große Bedeutung haben. Wodak, Prag.

Abweichungen vom normalen Verhalten bei Prüfungen des statischen Apparates und ihre Berücksichtigung für die Beurteilung von Flugzeugführern. Von Prof. Dr. Hermann Streit. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 104. H. 1—2.)

Zur Verwendung sollten nur einfach auszuführende Methoden kommen: Prüfung von Spontannystagmus, Gehen und Stehen mit geschlossenen Augen, Kehrtwendung, Stehen auf einem Bein mit geschlossenen Augen; sonst käme nur die Untersuchung mit dem Drehstuhl, der auch improvisiert werden kann, in Betracht. Für Friedensverhältnisse genügt die Prüfung auf Spontannystagmus, der aber noch keine gröbere Störung des Gleichgewichtsapparates mit sich führen muß, Gehen mit geschlossenen Augen nach vor- und rückwärts und Stehen auf einem Bein mit geschlossenen Augen. Nur bei groben Abweichungen müßte die Untersuchung noch durch Prüfung auf kalorische und Drehreaktion ergänzt werden.

Ernst Urbantschitsch.

IV. Otochirurgie.

Lumbalpunktat bei Hirn- und Subduralabscessen. Von G. V. Th. Borries, Assistent. (Aus der oto-laryngologischen Universitätsklinik des Reichshospitals in Kopenhagen [Chef: Prof. Dr. E. Schmiegelow].)

Verf. untersucht die Frage, ob bei vorhandenem Hirnabsceß ein trübes, aber steriles Lumbalpunktat vom Absceß oder von einer unkomplizierten Meningitis stammt, und stellte das klinische Bild einer „Minimalmeningitis“ auf, indem die sekundäre, lokalisierte Leptomeninigtis von ganz minimaler Ausbreitung ist, Neigung zu gutartigem Verlauf zeigt und das erwähnte Lumbalpunktat liefert. Ernst Urbantschitsch.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Sarkoma idiopathicum haemorrhagicum Kaposi in den oberen Luftwegen.

Von Prof. Dr. **M. Hajek**,
Vorstand der laryngo-rhinologischen Klinik der Wiener Universität.

(Mit 1 Figur.)

In Folgendem teile ich die klinische Analyse eines von mir beobachteten Krankheitsfalles, nebst genauer pathologisch-anatomischer Bearbeitung von kompetenter fachmännischer Seite, mit.

Die Krankheit (Sarkoma cutis idiopathicum haemorrhagicum Kaposi), dem Dermatologen wohlbekannt, ist für den Laryngologen fast niemals Gegenstand der Beobachtung, da der Prozeß sich zumeist nur an der äußeren Haut abspielt. In dem mitzuteilenden Fall hat indes die Krankheit in so hervorragender Weise die oberen Luftwege ergriffen, daß sie hierdurch die Aufmerksamkeit der Fachkollegen in besonderem Maße erregt. Durch zahlreiche Besonderheiten, welche überdies der klinische Verlauf gezeigt hat, erscheint dieser Fall in vieler Hinsicht als ein Unikum.

Es handelt sich um einen 70jährigen Arzt, einen mir seit Jahren befreundeten Kollegen, der am 20. X. 1914 zum ersten Male in Angelegenheit der in Rede stehenden Erkrankung bei mir vorsprach und mich bat, zwei kleine, kaum linsengroße, flach aufsitzende angiomatöse Geschwülste vom rechten Nasenflügel zu entfernen.

Die Anamnese, welche mir der Kranke erst später nach seinen eigenen schriftlichen Aufzeichnungen mitteilte, nachdem die Krankheit einen merkwürdigen, mich interessierenden Verlauf nahm, lautet wörtlich, wie folgt: Geboren 1845. Mit 9 Jahren Ileotyphus. Niemals Lues durchgemacht. 1900. Januar bis April: eine größere Anzahl von Nasenpolypen durch Prof. Hajek entfernt. 1900. März: croupöse Pneumonie, Lösung nach 7 Tagen. 1912. Januar bis Februar: schwere Influenza, darauf Erysipelas faciei. 1913. September: linsengroße Wucherung an der Bindehaut des rechten unteren Lides, im Ambulatorium des Primararztes Dr. Fröhlich in Wr.-Neustadt mit dem Messer ausgeschält (Angiom). 1914. Februar bis März: multiple Lymphangoitis der rechten unteren Extremität und an beiden Händen und Vorderarmen, mit Onychie aller Fingernägel, eingeleitet durch Schüttelfrost und darauffolgendes Fieber durch mehrere Tage. Als Ursache der eigentümlichen Erkrankung wurde eine medikamentöse Vergiftung mit Phenolphtalein (0,3 pro dosi), als Abführmittel genommen, vermutet. Durch Harnanalyse wurde Nephritis festgestellt. Ende April vollständige Ausheilung, einige Wochen später auch die Nagelbetterkrankung geheilt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1914. September: In der Haut des rechten Nasenflügels treten kleine blutrote Wucherungen auf, derentwegen er mich jetzt aufsuchte und um deren Entfernung bat. Ich entfernte dieselben mit Elektrolyse, ohne der Erkrankung irgend eine größere Aufmerksamkeit zu schenken. Aber schon wenige Wochen später

15. XI. 1914 konsultierte mich der Kollege wieder. Er klagte über Störung beim Schlucken, welche sich in den letzten Wochen allmählich entwickelte.

Die Untersuchung ergab an dem oberen Pol der rechten Tonsille und am weichen Gaumen je einen beiläufig kirschgroßen Tumor von bläulich-grauer Farbe und weicher Konsistenz. Die Tumoren saßen mit schmaler Basis auf, die Schleimhautumgebung zeigte sich allenthalben normal. Die Tumoren machten den Eindruck einer angiomatösen Geschwulst. Ich entfernte dieselben, da ich eine stärkere Blutung befürchtete, mit der galvanokaustischen Schlinge und ließ dieselben mikroskopisch untersuchen. Diese ergab als Diagnose: Telangiektatisches Spindelzellensarkom (Prof Landsteiner).

Das Auftreten von gleichzeitig zwei Geschwülsten am weichen Gaumen ließ sich in Betracht des früheren Auftretens ähnlicher angiomatöser Neubildungen an der Bindehaut nicht als primäre Affektion, sondern als gleichzeitig auftretende multiple Äußerung einer und derselben Krankheit auffassen.

Es traten auch drei Monate später abermals neue gruppierte Angiome an der Bindehaut auf. Sie sind bis auf unbedeutende Reste gleich wie anderweitige neu auftretende angiomatöse Geschwülste an den Nasenflügeln durch Bestrahlung in der Radiumstation der Wiener dermatologischen Klinik (Prof. Riehl) geschwunden. Eine Reihe von angiomatösen Infiltraten, welche nicht bestrahlt wurden, ging eine spontane Involution ein.

Beiläufig zur selben Zeit, also Ende Februar 1915, schossen an den verschiedenen Körperstellen einzelne kleine oder zu Plaques vereinigte Angiome auf; besonders üppig traten dieselben an beiden Unterschenkeln auf, letztere zeigten ein diffuses, leichtes Ödem. Einzelne dieser Angiome verschwanden auf Röntgenbestrahlung, andere zeigten spontane Rückbildungstendenz, andere wieder, z. B. die am Handrücken, blieben auch während des weiteren Krankheitsverlaufes ziemlich stabil.

In den folgenden Monaten zeigte sich ein unglaublich üppiges Wachstum von neuen Tumoren in den oberen Luftwegen. Sie waren kirsch- bis haselnußgroß von der früher erwähnten Beschaffenheit. An den Gaumenbögen, an dem weichen Gaumen, in dem Nasenrachenraum und hauptsächlich an der Zungenbasis schossen sie in ungeheurer Anzahl auf. Sie behinderten das Schlucken und mußten alle 8—14 Tage entfernt werden. Es zeigte sich bald, daß die Blutung auch nach glatter Entfernung mit Schere und Schlinge eine sehr mäßige war, so daß ich vom ferneren Gebrauch des Kauters Abstand nahm. Die Geschwülste hatten eine schmale Basis und vergrößerten sich gegen ihr freies Ende zu pilzförmig. Lokale Behandlung mit Radium, fortgesetzte Bestrahlung mit Röntgenlicht,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wiederholte Arsenkuren hatten keinen sichtbaren Erfolg. Es wuchsen immer neue Tumoren hervor, und zwar anscheinend an immer anderen Stellen; eine Rezidive der meisten durchaus nicht radikal entfernten Geschwülste war nicht zu konstatieren.

So ging dies fast ununterbrochen in kurzen Intervallen von 8—14 Tagen bis Mitte September 1915. Da kam plötzlich ein Stadium, in welchem die Tumoren ihr Verhalten änderten. Sie verfärbten sich nach kurzem Bestande, ohne jedes therapeutisches Zutun, an der Oberfläche, wurden grauweiß und stießen sich spontan ab. Der Kranke sammelte innerhalb 6 Wochen mehr als 80 Tumoren, obwohl viele beim Ausspucken verloren gegangen sind. Ich selbst habe bis zu dem erwähnten Zeitpunkt mehr als 80 Tumoren aus den oberen Luftwegen entfernt.

Während der letzten Monate des in Rede stehenden Krankheitsabschnittes entstanden auch an der schon seit Jahren prolabierten Schleimhaut des Mastdarmes zahlreiche angiomatöse Geschwülste ähnlichen Charakters wie die bisher geschilderten; sie wurden von chirurgischer Seite entfernt.

Wiederholte Blut- und Urinuntersuchung zeigte nichts Abnormes. Es ist ganz merkwürdig, daß das allgemeine Befinden des Kranken bis zu dieser Zeit nur sehr unerheblich litt.

Gegen Ende des Jahres 1915 nahm nun der Krankheitsverlauf einen ernsteren Charakter an, der Kranke wurde heiser und bekam Atemnot. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte einen nahezu walnußgroßen Tumor, der allem Anscheine nach vom linken Taschenband seinen Ursprung nahm. Der Tumor hatte, ähnlich wie die früheren im Rachen auftretenden Geschwülste, ein bläulich-graues Aussehen und fühlte sich weich an. Der Tumor bedeckte den größten Teil der Glottis, nur die Pars respiratoria blieb offen.

Diesmal gelang es mir noch, den Tumor zum größten Teil endolaryngeal mit Umgehung der Tracheotomie zu entfernen. Nunmehr konnte festgestellt werden, daß der Tumor seinem ganzen Umfange nach an der vorderen Hälfte der linken Taschenfalte und ganz vorne an der benachbarten Stelle der laryngealen Fläche der Epiglottis seinen Ursprung nahm. Atmung und Stimme wurden wieder annähernd normal.

Der Kranke kam indes nach 3 Monaten wieder mit der Klage einer erheblichen Atemnot und Aphonie in meine Sprechstunde. Die Untersuchung ergab diesmal einen noch größeren Tumor des Larynx vom Aussehen des früher entfernten Tumors. Die Geschwulst schien jetzt ihren Sitz aus der tieferen Partie der linken Larynxwand, aus dem Morgagnischen Ventrikel, genommen zu haben, und zwar an zwei Stellen mit bandförmiger Insertion. Wieder war es auffallend, daß von der Insertionsstelle des früheren Tumors, obwohl ein Rest übrig blieb, keine Rezidive erfolgte. Ich stand diesmal von dem Versuch einer endolaryngealen Operation ab und nahm die Tracheotomie vor. 14 Tage später entfernte ich den endolaryngealen Tumor mittelst einer gutfassenden, breiten Kehlkopfzange so, daß ich auf einmal den Tumor an beiden Insertionsstellen abriß. Ich habe den Tumor wegen seiner seltenen Form und Größe in nachstehender Figur abgebildet.

Noch hielt sich der Kranke leidlich bis in den Sommer 1916, trotzdem auch in der letzten Zeit immer neue Geschwülste an den Rachengebilden und an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Zungenbasis auftraten, deren Entfernung von Zeit zu Zeit, da dieselben Störungen im Schluckakt verursachten, vorgenommen werden mußte.

An Anämie und Erschöpfung nebst allgemeinem Hydrops ging der Kranke schließlich im Herbst 1916 zugrunde. Eine Sektion wurde nicht vorgenommen.

Fig. 1.

Der Tumor mit zwei bandartigen Stielen (beiläufig $^1/_4$ über natürliche Größe).

Wenn ich den klinischen Verlauf nunmehr auf Grund obiger Darstellung kurz resümiere, so handelt es sich um Folgendes:

An der gesamten Hautoberfläche des Stammes und an den oberen Extremitäten, ferner an der Bindehaut beider Augen, insbesondere aber in den oberen Luftwegen (Nasenrachenraum, Rachen, Zungenbasis und Kehlkopf), des weiteren an der prolabierten Schleimhaut des Mastdarmes traten zahlreiche angiomatöse Geschwülste teils einzeln, teils in Gruppen auf.

Die erste Geschwulst trat anscheinend an der Bindehaut des rechten unteren Augenlides auf, welche Angabe indes nicht über jeden Zweifel erhaben steht, da der Kranke die anfangs nicht störenden Angiome an der Haut leicht übersehen konnte.

Die Tumoren hatten folgende charakteristische Eigenschaften:

1. Sie zeigten lokal keinen malignen Charakter. Sie ulzerierten niemals nachweislich, auch infiltrierten sie niemals das umliegende Gewebe und zeigten oft, sowohl an der Haut als Schleimhaut, Neigung zur spontanen Involution. Der maligne Charakter lag somit nicht in dem lokalen Verhalten, sondern in der Generalisierung der Erkrankung.

2. Ist hervorzuheben der Mangel an lokaler Rezidive nach Entfernung der Tumoren, obwohl von einer radikalen Entfernung bei keinem der Eingriffe die Rede sein konnte. Dieser Ausspruch läßt sich allerdings nicht für alle Tumoren ohne weiteres behaupten, da bei der stellenweise dichten Lokalisation der Tumoren, z. B. am Zungengrund, nicht mit Sicherheit zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sagen ist, ob die neuen Tumoren nicht auch mitunter an Stelle der früheren auftraten. Demgegenüber besteht aber die sichere Beobachtung, daß, wo die Tumoren in ausgesprochener Distanz von einander aufgetreten sind, an denselben eine Rezidive nicht beobachtet werden konnte, so an der rechten Tonsille, an der Spitze der Uvula, im Nasenrachenraum und im Kehlkopf.

3. Einzelne Tumoren an der Haut zeigten auf Anwendung von Radium eine ausgesprochene Tendenz, sich rasch zu involvieren, andere bildeten sich spontan zurück. Letzteres ist auch für die große Anzahl der Tumoren des Rachens und der Zungenbasis anzuführen, welche sich spontan abgestoßen haben.

Ich komme nun zu der pathologisch-anatomischen Würdigung des Falles. Prof. P a l t a u f, der sich für den Fall interessierte, hatte die Güte, das gesamte vorliegende, von mir gesammelte pathologisch-anatomische Material zu bearbeiten und seine Ansicht mir in vorliegendem, ausführlichen Exposé zur Verfügung zu stellen, wofür ihm hier mein besonderer Dank zum Ausdruck gebracht wird.

Befund von Prof. Paltauf: Zur histologischen Untersuchung kamen Tumoren der Haut, der Zunge, des Gaumenbogens, des Larynx und des Rectums; dieselbe ergab einen einheitlichen Befund, immerhin sei derselbe an den einzelnen Objekten kurz skizziert.

H a u t: Etwa kirschkerngroßer Tumor, der zum Teil scharf umschrieben, dem Cutisgewebe eingelagert, das weite Blut- und Lymphräume zeigt, zum Teil jedoch weniger scharf abgegrenzt ist, weil die Cutisbündel von Zellkränzen mit Gefäßen oder von Zellinfiltraten durchsetzt sind, die mit der Peripherie des Tumors teilweise zusammenhängen. Er besteht aus drei kleinen, dicht zusammenhängenden Knoten, die aus sich vielfach kreuzenden Bündeln spindeliger Zellen zusammengesetzt sind; zwischen den konfluierenden Knoten im Zentrum strotzend mit Blut gefüllte kavernöse Räume. Die spindeligen Elemente zeigen nach Form und Größe verschiedene Kerne, die bald schmal und stäbchenförmig sind.

Z u n g e: Kleinhaselnußgroßer Knoten, der teils bis an das noch erhaltene Epithel reicht, teils, wo dieses fehlt, an einer größeren erodierten Stelle von Exsudatmassen bedeckt ist; er besteht aus zentral dichter gefügten, an manchen Stellen, wie namentlich peripher, mit zahlreich strotzend gefüllten Blutgefäßen untermengten Bündeln und Zügen von denselben Spindelzellen wie im Hauttumor; auch hier zwischen weiten Bluträumen an der Peripherie, wo z. B. das Spindelzellgewebe noch nicht bis an das Epithel reicht, weite Bluträume mit Zügen ziemlich langer Spindelzellen dazwischen. Wo die Züge der Spindelzellen rein, gut getroffen sind, erscheinen die Kerne ziemlich groß, rundlich, dann verschiedener Größe; aber auch Querschnitte aus dem kernfreien Anteil der Spindelzellen sind nicht selten.

G a u m e n b o g e n: Der übererbsengroße kugelige Tumor ist von einem dünnen Schleimhautrest mit erhaltenem Epithel überzogen, an der Kuppe ist dieses

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zerfallen und bilden fibrinös balkige Exsudatmassen die Oberfläche. Darunter zeigt das Geschwulstgewebe weite, dicht mit Blut erfüllte Gefäßräume, zwischen denen Züge von Spindelzellen, sich verschieden kreuzend, verlaufen; diese sind aber stellenweise so reduziert, daß ein fast kavernöses Gewebe, allerdings nicht mit fibrösen, sondern zelligen Septen resultiert; in der Geschwulst zerstreut, an der Peripherie in kleinen Gruppen finden sich Rundzellen mit dunklem Kern und kaum sichtbarem Protoplasma.

Larynx: Bohnengroßer, aus Konfluenz zweier bis dreier Tumoren entstanden. Der Tumor liegt in der Schleimhaut, die nur sehr dünn oder fast nur mit ihrem Plattenepithel denselben überzieht; teils ist dieselbe nekrosiert und bedecken balkige Fibrinmassen mit Exsudatzellen und Bakterienmassen die Geschwulst. Diese besteht aus sich vielfach kreuzenden Zügen spindeliger Zellen mittlerer Größe mit stellenweise stäbchenförmigen, schmalen Kernen; im Zentrum ist sie dicht gebündelt; am Rande erscheinen zahlreiche Blutgefäße, die stark gefüllt, auch zahlreiche Leukocyten enthalten in der Nähe der entzündlichen Oberfläche. An intakten Teilen der Peripherie finden sich zahlreiche weite Blut- und Lymphgefäße, dazwischen Gruppen und Haufen von Plasmazellen und Züge von Spindelzellen; hier ist das Bindegewebe auch fein aufgefasert, von Blutungen durchsetzt; zahlreiche kapillare Blutungen knapp unter dem Epithel in dem ödematösen Schleimhautgewebe und in der Umgebung der Geschwulst.

Rectum: Übererbsengroßer Tumor, der von einer dünnen Schleimhaut bis auf die stielartig ausgezogene Abtragungsstelle umgeben ist, deren Plattenepithel bis auf eine erodierte Stelle an der Kuppe erhalten ist. Die Geschwulst besteht aus vielfach sich kreuzenden Zügen mittelgroßer spindeliger Zellen, ist stellenweise von weiten, mit Blut erfüllten kapillaren Gefäßen durchzogen und von Blutungen durchsetzt. An der Kuppe reicht die Neubildung bis an die Oberfläche, die erhaltenen Schleimhautreste stark ödematös, von Blutungen durchsetzt, ihre Gefäße gestreckt, der Defekt mit geronnenen, balkigen Fibrinmassen und Eiterzellen bedeckt. An der unteren Umgebung der Geschwulst, namentlich im Stiele, zahlreiche Gefäße mit reichlichen und großen Endothelkernen; sie erscheinen durch Zahl und Art als neugebildete, einzelne bilden größere Bluträume, aber kapillaren Baues; hier und an der seitlichen Peripherie zwischen schmalen, nur geringe Spindelzellen haltenden Zügen Anhäufungen von Lymphocyten, auch vereinzelte Gruppen von Plasmazellen.

Die Zusammensetzung der Geschwülste aus Spindelzellen und die stellenweise reichliche Vaskularisation mit Blutungen und Bildung von fast kavernösen Räumen scheint die Diagnose eines hämorrhagischen Spindelzellensarkoms des Hauttumors zu rechtfertigen. Berücksichtigt man indes die Anamnese und schenkt man jenen Stellen des Wachtums der Geschwülste mehr Aufmerksamkeit, so kommt man histogenetisch zu einer anderen Auffassung. Wiederholt fanden sich nämlich an der Peripherie der spindelzelligen Knoten neben reichlichen neugebildeten Gefäßen Haufen von Lymphocyten und Plasmazellen und die Gefäße begleitende Züge von Spindelzellen, daneben auch kapillare Blutungen und Gefäßerweiterung,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Befund, wie er sich beim Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum Kaposi (1) findet; es fehlt allerdings die bei diesen charakteristische Pigmentierung (im Hauttumor scheint solche vorhanden zu sein).

Dieser Mangel ließe sich aber mit der Akuität des Prozesses erklären. Eine solche Affektion scheint nach der Anamnese der Ausgang des ganzen Leidens gewesen zu sein. Der histologische Befund dieses primär an der Haut der peripheren Teile der Extremitäten (Zehe, Fußrücken, Finger, Hand etc.) sich etablierenden Prozesses, woher die von Unna (2) geprägte Bezeichnung Akrosarcoma multiplex cutaneum teleangiectodes stammt, ist allerdings wechselnd; Gefäßneubildung und Erweiterung, hämorrhagisches Pigment, Plasmazellen und Lymphocyteninfiltrate, Züge von Spindelzellen und Knötchenbildung aus solchen kehren dabei immer wieder; je nach dem Grade der Rückbildung erscheinen neben erbsen- bis bohnengroßen, runden, blauroten Knötchen diffuse Infiltrate mit warzig-höckeriger Oberfläche, die sich zu flachen, schwärzlich pigmentierten, fleckigen Herden zurückbilden; die knotigen Bildungen sind wie durch die Pigmentierung so auch durch die blaurote Färbung ausgezeichnet. In einzelnen Fällen der immer letal verlaufenden Krankheit hat bereits Kaposi zahlreiche hämorrhagische Knoten in den inneren Organen beobachtet.

Vor einigen Jahren hat Sternberg einen Fall mitgeteilt, bei dem sich zahlreiche Knoten und Knötchen am Darm fanden; in diesem Falle konstatierte Sternberg (3) auch statt der sonst vom Bindegewebe abgeleiteten Spindelzellen glatte Muskelfasern sowohl in den Hauttumoren als in den Metastasen am Darm. Er spricht hierbei den Verdacht aus, daß die in anderen Fällen beschriebenen Spindelzellen glatte Muskelfasern wären.

Paltauf (4) hatte 1913 die Lymphdrüsenmetastasen eines Gaumensarkoms aus der Beobachtung M. Weils ohne nähere Kenntnis des Falles als Myosarkom diagnostiziert; der Fall war ein Sarcoma cutis idiopath. haemorrh. Kaposi und der Gaumentumor eine Schleimhautlokalisation maligner Art, die zur Drüsenmetastase führte. Die Spindelzellen in dieser waren lang, besaßen längliche, ovale, stellenweise aber auch schmale Kerne, wodurch und durch die Länge ihres Körpers sie in hohem Maße glatten Muskelfasern ähnelten.

Im vorliegenden Falle zeigen die Spindelzellen, wenn sie auch nicht direkt als glatte Muskelfasern bezeichnet werden können, doch gewisse Eigenschaften, die ihre Ableitung von solchen als zulässig erscheinen lassen; sie besitzen ein deutliches Protoplasma, sind ziemlich lang, bandförmig, ihre Kerne sind manchmal ausgesprochen stäbchenförmig, d. h. lang, schmal, mit abgerundeten Polen, sie färben sich nach van Gieson gelb,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welche Färbung namentlich bei den schmalen, die Gefäße begleitenden Bündeln an der Peripherie der Knoten gegen die in der Auffaserung begriffenen Cutisbündel deutlich kontrastiert.

Demnach sind die zahlreichen Geschwülste als Generalisierung einer malignen Umwandlung eines Sarcoma cutis idiopathicum haemorrhagicum Kaposi aufzufassen; von maligner Umwandlung muß man sprechen, weil dieses idiopathische Hautsarkom gewöhnlich weder klinisch noch histologisch einem wirklichen Sarkom entspricht, sich rückbildet, also benigne ist; es figuriert daher auch unter den „Sarkoiden" von Kaposi und Spiegler (5), auch bei Generalisierung kann histologisch auch eine relativ gutartige Form entwickelt sein, wie es Sternbergs Fall zeigt, in dem die Knoten am Darm Myome waren; ja selbst nur jene für den Prozeß charakteristischen Veränderungen der Blut- und Lymphgefäßerweiterung mit Blutung und Pigmentierung und den Lymphocytenknötchen. Plasmazellen, spärlichen Spindelzellen können metastasieren, wie es ein kleines Knötchen im Falle Saphiers (6) zeigt. Im vorliegenden Falle ist es also vorwiegend die Form eine Myosarkoms, welches durch reichliche Vaskularisation und Blutungen, durch Gefäßneubildung und -erweiterung die wesentlichen Eigenarten des ursprünglichen morbiden Prozesses verrät. Für ein Myosarkom schlechtweg, aber auch ein fusozellulares Sarkom ist auch das Vorkommen von Plasmazellen nicht gewöhnlich. Unna gibt zwar an, dasselbe bei gewissen Spindelzellsarkomen der Haut, die aber auch mit Hämorrhagien einhergingen, beobachtet zu haben, doch ist nicht auszuschließen, daß dies auch Sarkome besonderer Art gewesen sind.

* * *

Nach dieser ausführlichen Präzisierung des Charakters der in Rede stehenden Krankheit bleibt nur noch anzuführen, daß ich etwas ähnliches in der laryngologischen Literatur nirgends vorgefunden habe. Außer dem von Weil (4) beschriebenen und von Paltauf angeführten Fall, der pathologisch in diese Gruppe von Erkrankungen gehört, trotz des von dem vorliegenden Falle sehr verschiedenen klinischen Verhaltens, finde ich nur noch bei Massei die Angabe, daß er zweimal im Verlaufe der von Kaposi zuerst beschriebenen Hauterkrankung (Sarcoma cutis idiopathicum haemorrhagicum) je eine große Geschwulst im Kehlkopf auftreten sah.

Massei (7) erkannte hierbei die klinische Zusammengehörigkeit der Larynxgeschwülste mit der Hauterkrankung, betonte ihre relative Gut-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

artigkeit, wenn er auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht die genaue Struktur der Geschwülste noch nicht erkannte.

Literatur: 1. Kaposi, Jb d. Hautkh. — 2. Unna, Histo-Pathologie der Haut in Orths „Pathologische Anatomie". — 3. Sternberg, Arch. f. Derm. 3. 1912. — 4. M. Weil und Paltauf, Sitzung d. Ges. d. Ärzte. 2. IV. 1913. W. kl. W. 1913. S. 641. — 5. Spiegler, Sarkoide in Mračeks Hdb. d. Hautkh. — 6. Saphier, Arch. f Derm. 1913. — 7. Massei, Verhandl. d. I. internat. Kongr. in Wien. 1909. S. 295.

Vereinsberichte.

Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Ordentliche Generalversammlung vom 21. Januar 1916.

Vorsitzender: Hr. G. Killian.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann.

1. Bericht des Vorstandes und des Bibliothekars.

Besondere Sitzungen wurden im letzten Jahre nicht abgehalten, da die Gesellschaft den „Vereinigten ärztlichen Gesellschaften" beigetreten war. Es wird beschlossen, aus den „Vereinigten ärztlichen Gesellschaften" auszutreten und für die nächste Sitzung das Thema „Kriegsverletzungen der Nebenhöhlen" zu wählen.

2. Neuwahl des Vorstandes.

Sitzung vom 11. Februar 1916.

Vorsitzender: Hr. G. Killian.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann.

I. Hr. Scheier: **Präparat einer Schußverletzung des Kehlkopfs** und oberen Teiles der Luftröhre. Infanteriegeschoßverletzung; Einschuß in Ringknorpelhöhe $^1/_2$ *cm* links von der Mittellinie, Ausschuß links neben dem 5. Brustwirbel. Hautemphysem der linken Halsseite. Spiegelbefund: Unterhalb des linken Stimmbandes sieht man in Ringknorpelhöhe ein Blutgerinnsel; im Larynxinnern keine Schwellungen. Am nächsten Tag Exitus. Die Sektion entsprach dem Kehlkopfbefund. Hämothorax.

Aussprache.

Hr. Killian sah in seinem Material meist nur Flankenschüsse des Kehlkopfes und meint, daß die Fälle, wo die Schußrichtung von vorne nach hinten geht, schon auf dem Schlachtfeld zugrunde gehen.

II. Hr. Kuttner: Aus seinen Erfahrungen, die er bei **Kriegsverletzungen der Nasennebenhöhlen** gemacht hat, haben sich neue, wesentliche Gesichtspunkte kaum ergeben. Die Befürchtungen, daß bei der Schwere der Verletzungen schwerere Komplikationen eintreten würden, bestehen nicht zu Recht, vielmehr zeigte sich überraschender Weise meist eine vollkommene Ausheilung spontan oder mit nur geringer Nachhilfe. Besprechung dreier Fälle:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Fall: Durchschuß der linken Kieferhöhle (linker äußerer Augenwinkel — harter Gaumen). Am Einschuß bestand eine sezernierende Fistel, im linken unteren Nasengang fand sich schleimig-eitriges Sekret vor; Probepunktion der Kieferhöhle negativ. Der Pat., der erst längere Zeit nach der Verletzung in Behandlung kam, lehnte jeden Eingriff ab. Ausheilung unter konservativen Maßnahmen.

Der 2. Fall betrifft einen Steckschuß (Infanteriekugel) in der rechten Kieferhöhle. Die Schleimhaut dieser Höhle zeigte, trotzdem die Kugel in ihr wochenlang gelegen hatte, kaum eine Reaktion. Ausheilung ohne Gegenöffnung nach der Nase.

Im 3. Fall liegt die Verletzung 7 Monate zurück. Einschuß an der rechten facialen Kieferwand, Ausschuß dicht unter dem linken Augenwinkel; es wurde die rechte Kieferhöhle durchbohrt, das Nasenseptum breit durchschlagen, wodurch in beiden Nasenhöhlen Synechien entstanden waren. Im Röntgenbild zeigt sich eine Verschleierung der rechten Kieferhöhle; Probepunktion ist negativ. Auch hier Heilung ohne Kunsthilfe.

Aussprache.

Hr. Finder stellt die Frage, ob man in diesen Fällen von Kieferhöhlenverletzungen nach Caldwell-Luc operieren oder nur die faciale Wand resezieren soll, also nach Desault-Küster. Er hat in allen seinen Fällen die Gegenöffnung nach der Nase ausgeführt.

Hr. Claus und Hr. Lautenschläger sprechen sich in gleichem Sinne aus.

Hr. Halle zeigt ein Röntgenbild eines Falles, bei dem eine Gewehrkugel über 6 Monate in der Kieferhöhle gelegen war. Die eröffnete Höhle war völlig reaktionslos; hier wurde die Gegenöffnung nach der Nase gleichfalls unterlassen. In einem 2. Fall, wo ein Projektil, das von vorne in die Nase eingedrungen war und die mediale Kieferhöhlenwand zertrümmert hatte, zeigten sich ebenfalls keine Nebenerscheinungen. Das Geschoß, das im unteren Nasengang lag, konnte von dort extrahiert werden. Reaktionslose Heilung. In solchen Fällen genügt die einfache Entfernung des Fremdkörpers; besteht aber starke Eiterung, Granulations- und Polypenbildung, dann ist die Radikaloperation indiziert.

Hr. Kuttner sagt, die Entscheidung, ob Gegenöffnung nach der Naso oder nicht, müsse von Fall zu Fall entschieden werden.

Hr. Killian hat ebenfalls viele Spontanheilungen gesehen; er hat sonst in allen Fällen nach Luc-Caldwell operiert, schon mit Rücksicht darauf, damit sich die Schußfisteln im Bereiche des Gesichtes möglichst rasch schließen sollten.

Hr. Kuttner: Schlußwort.

III. Hr. Laubschat: **Schußverletzungen der Nebenhöhlen.** Demonstration einer Reihe von Diapositiven von Röntgenaufnahmen, an deren Hand besonders interessante Fälle eingehend besprochen werden.

IV. Hr. Killian stellt 2 Fälle von **Schußverletzungen des Stirnbeins** vor, die beide nach radikaler Operation ausgeheilt sind. Er weist darauf hin, daß nicht jede Verletzung in der Stirnhöhlengegend auch eine Stirnhöhlenverletzung ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aussprache.

Hr. Claus berichtet über 5 von ihm behandelte Stirnhöhlenabscesse.

Hr. Ritter, Hr. Finder.

V. Hr. Lautenschläger demonstriert einen 1½ Jahre bestehenden **Querschuß durch beide Oberkieferhöhlen** mit Absprengung beider Proc. alveolares. Beide Höhlen waren trotz Pseudarthrosenbildung an den Proc. alveolares radikal operiert worden und der Pat. wurde ihm zwecks Verschlusses der oralen Fisteln zugewiesen. Die Plastik wurde nach seiner Methode ausgeführt und dadurch ein vollständig fester knöcherner Verschluß beider Oberkieferhöhlenfisteln erzielt.

Sitzung vom 10. März 1916.

Demonstrationsabend betreffend kriegsärztliche Erfahrungen.

Vorsitzender: Hr. G. Killian.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann

I. Hr. Killian: **Vorstellung dreier Fälle von Stirnbein- bzw. Stirnhöhlenschuß.**

Demonstration beider in der letzten Sitzung vorgestellter Fälle. Bei dem einen hat sich ohne Nebenerscheinungen ein Stirnlappenabceß spontan nach der Nase eröffnet.

Der 2. Fall zeigte vor einigen Tagen neuerlich Reizerscheinungen. Bei der neuerlichen Operation zeigte sich ein großer abgekapselter Abceß im Stirnhirn. Reaktionsloser Verlauf, doch Ausbildung eines Hirnprolapses.

Der 3. Fall betrifft eine schwere Schußverletzung beider Stirnhöhlen mit Fistelbildung. Entfernung eines Sequesters und ausgedehnte Resektion des Knochens, so daß die Dura beider Stirnlappen freilag, in der Mitte die Gegend des Sinus longitudinalis. Nach der Operation hohe Temperaturen durch einige Tage, Heilung per primam.

Aussprache.

Hr. Claus hat vor kurzem einen Fall beobachtet, der dem zweiten Killians entspricht. Beiderseits schwere Stirnlappenabscesse; Exitus.

Hr. Gutzmann demonstriert Gehirnvolumskurven, aufgenommen von einem mit Stirnhirnprolaps geheilten Hirnverletzten.

II. Hr. Gutzmann: **Vorstellung einiger Fälle von Stimm- und Sprachstörungen durch äußere Verletzungen.**

1. Fall: rechtsseitige Recurrens-, Hypoglossus-, Glossopharyngeuslähmung. Die Stimme war monatelang aphonisch. Wiedererlangung einer guten Stimme durch Übungsbehandlung, unter deren Einfluß auch die vorhandene Exkavation der rechten Stimmlippe beseitigt wurde.

2. Fall: linksseitige Recurrenslähmung; gleichfalls Wiederherstellung der Stimme.

3. Fall: linksseitiger Tangentialschuß mit Verletzung der Sprachregion mit vollständiger motorischer und sensorischer Aphasie. Heute spricht der Pat. fast normal.

4. Fall: Wiederauftreten von schwerem Stottern im Anschluß an Psoriasis. Der Pat. hat schon als Kind gestottert. Sprache derzeit ohne Spasmen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Hr. Halle demonstriert eine Reihe von interessanten Fällen. **Doppelseitige Kieferhöhleneiterung,** die trotz mehrfacher Eingriffe (Operation nach Sturmann-Canfield, dann nach Luc-Caldwell) anhielt. Der Knochen ist rauh, die Spongiosa liegt frei, es handelt sich um eine Osteomyelitis. Bei einer 3. Operation wurde die Kieferhöhle weit offen gelassen.

Zwei Fälle von Kieferhöhlenschüssen mit Verlust beider resp. eines Auges.

Ausgedehnte Stirnbein- und Stirnhöhlenverletzung; trotz früherer Operation bestand Fistelbildung und Eiterabfluß. Neuerliche Eröffnung von Halle und offene Wundbehandlung mit gutem Erfolg.

Ferner werden vorgestellt: Schußverletzung der Stirnhöhle mit Absceßbildung im Stirnhirn, 2 Nebenhöhlenverletzungen und 1 Larynxschuß.

Aussprache: Hr. Killian, Hr. Halle, Hr. Killian.

IV. Hr. Finder stellt a) einen Soldaten mit **Diametralschuß durch den Kehlkopf** vor, wo ein hochgradiges Ödem der Schleimhaut über dem rechten Aryknorpel, der aryepiglottischen Falte und des rechten Taschenbandes vorhanden ist; die rechte Kehlkopfseite steht ganz still. An Stelle der Stimmbänder sieht man zwei dicke, fleischige Wülste, die sich in den vorderen zwei Dritteln völlig berühren, so daß nur hinten ein ganz schmales Dreieck für die Atmung freibleibt. Bemerkenswert ist 1., daß der Mann nicht tracheotomiert wurde und 2., daß bei ihm eine vorgeschrittene Tbc. pulmonum besteht.

b) Ein Fall von **rechtsseitiger Recurrenslähmung** infolge eines hochgradigen Schrumpfungsprozesses des ganzen rechten Oberlappens.

Aussprache: Hr. Killian.

V. Hr. Lautenschläger: **Weitere Fälle von Kriegsverletzungen der Nasennebenhöhlen.**

3 Fälle von Oberkieferschüssen mit Verletzung der Kieferhöhlen, Pseudarthrosenbildung an den Proc. alveolares und großen Defekten im harten Gaumen. Die Gaumendefekte sollen nach Ganzers Methode geschlossen werden.

Demonstration eines Präparates, das die Gefährlichkeit der Verletzung der Stirnhöhlenwand beweist. Es wurde bei einem Pat. von anderer Seite eine Radikaloperation der Stirnhöhle ausgeführt. 4 Jahre später ging der Pat. an einem Hirnabsceß zugrunde. Die Infektion ging offenbar anläßlich eines Schnupfens von einer Stelle aus, an der die Tabula vitrea der Stirnhöhle verletzt worden war.

Aussprache.

Hr. Killian berichtet über günstige Erfahrungen mit den von Ganzer angegebenen Prothesen zum Schutze der Gaumenplastiken.

Hr. Ganzer führt aus, daß er bei Verletzungen des Oberkiefers mit Frakturen desselben zuerst diese behandelt und erst wenn sie geheilt sind, die eröffneten Kieferhöhlen operiert.

Demonstration des Drahtverbandes für Gaumendefekte; er ist besser als die Zelluloidplatten, die den Sekretabfluß hindern.

VI. Hr. Killian stellt noch 3 sehr interessante Fälle von **Kehlkopfschüssen** vor, deren genaue Beschreibung noch erfolgen wird. Die zwei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ersten Pat. haben ein Laryngostoma, im 3. Fall wurde eine Rippenknorpelplastik ausgeführt.

Sitzung vom 14. April 1916.

Vorsitzender: Hr. G. Killian.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann.

Kriegsärztliche Demonstrationen.

I. Hr. Kickhefel: **Halsschuß** mit doppelseitiger peripherer Lähmung des Hypoglossus und Lähmung der linken Hälfte des weichen Gaumens. Der Fall bietet für die sprachärztliche Behandlung Interesse.

II. Hr. Ritter: **Fall von Liquorabfluß durch die Nase mit Tod an Meningitis infolge einer Encephalocele intraethmoidalis.** Ein 39jähriger Mann litt nach einem Schnupfen, der auch einen dumpfen Kopfschmerz hinterlassen hat, an Ausfluß einer dünnen, wässerigen Flüssigkeit aus der Nase. Bei tiefem Bücken hatte er das Gefühl, als ob ihm über der Nase etwas gerissen sei; der Kopfschmerz hörte auf. Stärke des Abflusses wechselnd, zuweilen aufhörend. Nach einigen Wochen meningitische Erscheinungen; wegen starker Druckerscheinungen wird eine Trepanation vorgenommen, wobei in die Dura kleine Einschnitte gemacht werden. Nach anfänglicher Besserung muß wegen ungenügendem Liquorabfluß auf der anderen Schädelseite nochmals trepaniert werden. Einpflanzen eines Venenstückes in die Dura. Pat. erholt sich leidlich, erliegt aber nach einigen Monaten einem dritten Anfall von Meningitis. Die Sektion ergab eine wahrscheinlich angeborene Encephalocele des Siebbeins.

Aussprache: Hr. Killian.

III. Hr. Killian: **Fibrom des Nasenrachens bei einem Soldaten von 23 Jahren.**

Entfernen des Tumors nach Resektion des Knochens von der Apertura piriformis bis zum Canalis infraorbitalis mit samt dem Proc. frontalis; Resektion der Siebbeinzellen bis zur Keilbeinhöhle, wodurch ein breiter Zugang geschaffen wird. Heilung.

IV. Hr. Halle berichtet ausführlich über **4 Fälle von Hirnabscessen,** die von ihm in letzter Zeit operiert wurden.

Sitzung vom 23. Juni 1916.

Vorsitzender: Hr. P. Heymann.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann

I. Hr. A. Bruch: **Lichen der Rachenschleimhaut.** In seltenen Fällen tritt die Erkrankung des Gaumens isoliert auf, während in etwa 50% der Lichenfälle eine Beteiligung des weichen Gaumens auftritt. Die Erscheinungen sind hier schon etwas zurückgegangen. Diagnose mit Rücksicht auf den übrigen Hautbefund.

Aussprache: Hr. Lennhoff, Hr. A. Bruch.

II. Hr. Finder stellt eine schwere **Verwundung des Gesichts** vor. Ein türkischer Soldat wurde durch ein englisches Schiffsgeschütz im April v. J. schwer verwundet; er wurde schon mehrfach operiert. Die Wunde ist verheilt, es fehlt das Auge, die Nase und der ganze Oberkiefer. Es besteht die Absicht, einen künstlichen Oberkiefer herzustellen (Herr Brill)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und eine Nasenprothese zu bauen, ferner durch Plastik eine Oberlippe zu formen.

III. Hr. Weingärtner:

a) **Bleistifthülse nach fast zweijährigem Verweilen im linken Stammbronchus eines 8jährigen Knaben in Schwebebronchoskopie entfernt.**

Da der Kehlkopf durch die Schwebeapparatur stets offen vor dem Untersucher liegt, kann man ohne Gefahr leicht selbst größere Rohre einführen.

b) **Halsverletzung in Suicidabsicht.**

Ein 10jähriger Junge hat sich aus Angst vor der Schule mit einem Schlachtmesser am Hals verletzt und sich dann aufzuhängen versucht, wurde aber rechtzeitig aufgefunden. Der Schnitt ging durch das Lig. conicum in den hinteren Teil des Schildknorpels. Tracheotomie, Vernähung des Stomas und Fixation des Kopfes mittelst Gipsverbandes. Anfänglich starkes Ödem im Larynx, das jetzt am 12. Tag nach der Operation in Rückbildung begriffen ist.

c) **Ein Fall von malignem Blastom beider Oberkiefer.**

Beide Nasenseiten waren mit Tumormassen ausgefüllt, der Tumor hatte beider Oberkiefer ergriffen. Die eingeleitete Röntgenbestrahlung, durch 4 Wochen täglich 100 XHX, hat bisher fast völlige Rückbildung des Tumors bedingt. Die intensive Bestrahlung wird fortgesetzt.

Aussprache.

Hr. Lehr hat einen ähnlichen Fall, ein Lymphosarkom im Nasenrachenraum mit Drüsenmetastasen gesehen, bei dem schon nach wenigen Röntgenbestrahlungen fast völlige Rückbildung eintrat.

Hr. Reimann sah in einem gleichen Fall mit Radium schlechten Erfolg.

Hr. Weingärtner.

IV. Hr. Gutzmann: Demonstration eines **stereoskopischen Röntgenbildes** eines bereits vorgestellten Hirnverletzten, der neuerlich an Krampfanfällen leidet, die offenbar durch einen Sequester ausgelöst werden.

V. Hr. Gutzmann: **Einige Versuche zur Anwendung der Vibration bei Behandlung von Störungen bzw. Verletzungen der Stimmwerkzeuge.** (Mit Vorführungen im Laboratorium für experimentelle Phonetik.)

Die Anwendung der Vibration und der Vibrationsempfindung ist erst in neuerer Zeit Gegenstand der Untersuchung geworden. Wir können Vibrationen außer in beschränktem Maße durch das Gesicht hauptsächlich durch das Getast und das Gehör wahrnehmen. Auch die Vibrationen, die der Mensch mit der Stimme produziert, sind an gewissen Körperteilen mehr oder minder deutlich fühlbar, besonders an der Brust und am Schädeldach, sehr gering am Larynx, was mit der Entstehung der Stimme selbst zusammenhängt. Die durch Luft übertragenen harmonischen Vibrationen (z. B. Harmoniumtöne) erleichtern das Festhalten eines Tones ungemein; ja sie zwingen den Sänger — in gewissen Grenzen — wegen der sonst auftretenden und am Kehlkopf fühlbaren Schwebungsstöße diesen Ton zu halten. Man braucht also, um harmonische Vibrationen auf das Stimmorgan einwirken zu lassen, keine Apparate an den Körper anzulegen: es genügt dazu das Harmonium. Trotzdem hat es sich also zweckmäßig erwiesen, solche anzuwenden (z. B. Stimmgabeln, Elektrovibrationen etc.);

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sie können auf den Larynx oder noch besser auf den Thorax oder auf das Abdomen aufgesetzt werden.

Sitzung vom 20. Oktober 1916.

Vorsitzender: Hr. G. Killian.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann.

I. Hr. Lautenschläger und Hr. Ganzer: **Neue Wege zum plastischen Verschluß von Gaumendefekten.**

Hr. Lautenschläger: Zum Verschluß von Perforationen des harten Gaumens hat Lautenschläger eine Modifikation seiner Plastik zum Verschluß oraler Öffnungen der Kieferhöhle verwendet und erzielte bei kleinen Perforationen gute Erfolge. Erst als der Ganzersche Drahtverband verwendet wurde, waren die Erfolge fast ausnahmslos gute.

Hr. Ganzer: Zu Beginn des Krieges waren die Methoden zum Verschluß von Perforationen des harten Gaumens: im Gebiet des harten Gaumens die Langenbecksche Brückenlappenmethode; im Gebiet des Vestibulum oris zum Verschluß von Perforationen zwischen ihm und Kieferhöhle die Lautenschlägersche Schürzenlappenmethode aus der Wangenschleimhaut. Lautenschläger hat diese Methode auch auf den harten Gaumen ausgedehnt. Ganzer modifiziert beide Methoden. Der Defekt wird umschnitten, der umschnittene Teil eingeklappt und die entstehende Wundfläche gedeckt, entweder durch einen gestielten Lappen aus der Nachbarschaft oder, wenn dies nicht ausreicht, durch einen gestielten Lappen und einen Brückenlappen. Mit dieser Methode lassen sich alle Perforationen verschließen.

Das wichtigste Erfordernis der Nachbehandlung ist der Nahtschutz. Ganzer bedient sich dazu seines Drahtverbandes. Zwei den Zahnbögen angeformte Drahtstücke sind leiterförmig durch Querdrähte verbunden und werden an den Zähnen fixiert, nachdem die Wunde durch mehrere Schichten Gaze bedeckt wurde.

Aussprache.

Hr. Killian hält die Schutzverbände nach seinen Erfahrungen für einen wesentlichen Fortschritt.

II. Hr. Lautenschläger: **Operative Behandlung atrophischer Zustände des Naseninnern.**

Der Wunsch, die Nase als Schutzorgan zu erhalten und atrophischen Prozessen in ihrem Innern Einhalt zu tun, veranlaßte Lautenschläger, zunächst bei chronischen Kieferhöhleneiterungen mit Atrophien des Naseninnern folgende Operation auszuführen: Fortnahme des größten Teiles der facialen Kieferhöhlenwand, Ausräumung ihres erkrankten Inhaltes; sodann wird unter strenger Schonung der Nasenschleimhaut dicht am Nasenboden in die Knochenplatte der lateralen Nasenwand eine 3—4 *cm* lange, schmale Lücke geschlagen und nach vorne zu erweitert. Aus dem vorderen breiteren Teil der freiliegenden Nasenschleimhaut wird ein Lappen geschnitten und in die Kieferhöhle gelegt, so daß er auf ihren Boden zu liegen kommt. Die untere Muschel und ihr Ansatz bleiben unversehrt. Nun wird mit Fingerdruck die laterale Nasenwand, so weit sie zu mobi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lisieren ist, in das Naseninnere verlegt, und zwar ohne ihre Schleimhaut zu verletzen, und dann diese Lage durch Tamponade der Kieferhöhle fixiert, wobei der Schleimhautlappen in der Kieferhöhle nicht verschoben werden darf. Waren benachbarte Siebbeinzellen erkrankt, so werden sie von der Kieferhöhle aus eröffnet. In Fällen, wo die Atrophie sehr stark war, legt Lautenschläger zur Sicherung eine Synechie zwischen unterer Muschel und Septum an. Nach der gleichen Methode wurden auch eine Reihe von Ozaenafällen operiert. Tamponwechsel nach 6—8 Tagen.

Der Fötor verliert sich bald, die Borkenbildung hört auf, erscheint aber manchmal nach Verschluß der oralen Öffnung der Kieferhöhle wieder.

Die Erfolge dieses Verfahrens liegen in der Verengerung des Naseninnerns, in der Vergrößerung der Schleimhautoberfläche und Möglichkeit, die Nase auszuschnauben. Besonders eignen sich für diese Behandlung die atrophischen Rhinitiden und Ozaenen des jugendlichen Alters. Lautenschläger hofft, durch sein Verfahren, an dem er 15 Jahre gearbeitet hat, das gefürchtete Krankheitsbild der Ozaena auszurotten.

Aussprache.

Hr. Killian bedauert, daß die Hoffnungen auf die von Perez und Hofer entdeckte Ätiologie durch die Arbeiten von Burckhardt und Oppikofer zunichte gemacht wurden und legt den Vorschlägen Lautenschlägers großen Wert bei. Er macht den Vorschlag, die Fälle vor und nach der Operation genau zu untersuchen.

Hr. Kuttner wünscht eine genauere Formulierung für die Absicht der Operation. Es entspinnt sich eine längere Diskussion, worauf Herr Lautenschläger schließlich sagt: „Ich will alle Fälle von atrophischer Rhinitis, also auch die Ozaena heilen."

Hr. Killian macht auf die Unklarheit der Definition der Ozaena aufmerksam und schlägt vor, die Bezeichnung auf alle Fälle zu gebrauchen, wo die alten Symptome bestehen: Hypersekretion, Fötor, Borkenbildung, Atrophie.

Hr. Kuttner wünscht, von der genuinen Ozaena alle anderen Formen abzutrennen, sonst könnten in der Deutung der Erfolge Mißverständnisse entstehen.

Hr. Halle, Hr. Finder, Hr. Lautenschläger (Schlußwort).

Sitzung vom 24. November 1916.

Vorsitzender: Hr. G. Killian.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann.

I. Hr. A. Meyer demonstriert **Schnittpräparate von einer erbsengroßen Geschwulst des linken Stimmbandes.** Breitbasiges Papillom, das den Eindruck einer ulcerierten tuberkulösen Infiltration machte.

II. Hr. Haike zeigt einen im Feld erkrankten Pat.; er hatte eine **Schwellung der linken Halsseite** und einige **kleine Abscesse,** die eröffnet wurden. Die linke Rachenwand war sehr stark geschwollen und gegen den Larynx vorgedrängt, so daß dieser nach der anderen Seite verschoben wurde. Schwellung der Schleimhaut über den Aryknorpeln, sonst im Larynx keine Veränderung. Auf Jodkalibehandlung ging die äußere, brettharte Schwellung, nachdem noch mehrere Abscesse exkochleiert wurden, zurück.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In den Abscessen wurden Aktinomycesdrusen gefunden. Die Behandlung bestand in Jodkali in hohen Dosen; jetzt wird noch Röntgenbestrahlung angeschlossen.

III. Hr. Halle: **Spätabsceß im Stirnbein.** Der Pat. wurde im Juli v. J. verwundet. Der obere Teil der Nase wurde weggerissen, das Stirnhirn freigelegt, das linke Augenlid mitgenommen und schwerste Veränderungen in der Nase gesetzt. Die Heilung erfolgte ohne Komplikationen und Pat. wurde zur Vornahme der Plastik nach Berlin verlegt. Halle nahm eine Nasenplastik vor durch Transplantation eines Tibiaspanes unter die Haut des linken Armes und von dort auf das Gesicht, die auch leidlich gelungen ist.

Im Juni d. J. traten starke Kopfschmerzen auf, es wurde, trotzdem sonst keine Symptome bestanden, ein Stirnhirnabsceß angenommen. In Lokalanästhesie Radikaloperation nach Killian, beide Stirnhöhlen waren erkrankt. Wegnahme der Hinterwand der linken Stirnhöhle, Dura vorgewölbt und mit Granulationen bedeckt; Incision derselben, es entleert sich unter Druck eine große Menge Eiter. Tamponade der Abscеßhöhle unter Leitung des langen Killianschen Spekulums. Glatte Heilung.

Halle empfiehlt in solchen Fällen das Arbeiten mit reflektiertem Licht und bei der Untersuchung der Abscеßhöhle die Benützung des langen Nasenspekulums auch in der Nachbehandlung, wodurch der Bildung von Buchten und Recessus Einhalt getan werden kann.

Vorstellung eines Falles von **Ozaenaoperation** nach Lautenschläger, die nach der Methode der Kieferhöhlenoperation von Canfield-Sturmann vorgenommen wurde.

Aussprache.

Hr. Lautenschläger warnt davor, die Ozaenaoperation in dieser Weise auszuführen, die Atrophie stellt sich bald wieder ein, die Borkenbildung nimmt zu und die Borken sitzen nicht nur in der Nase, sondern auch in der Kieferhöhle.

Hr. Claus, Hr. Halle.

IV. Hr. Halle: Extrahierte **Gräte** aus dem Oesophagus, nachdem von anderer Seite der Versuch gemacht wurde, diese mit verschiedenen Instrumenten blind zu extrahieren. Er warnt vor diesen Methoden, die sehr gefährlich sind.

V. Hr. Killian stellt eine Frau vor, die am 28. X. 1916 einen **Krammetsvogelknochen** verschluckt hatte. Von einem Arzt wurde versucht, diesen nach unten durchzustoßen. Am nächsten Tag kam die Pat. mit leichter Temperatursteigerung und Schwellung am Halse links an die Klinik. Das Röntgenbild zeigte den Fremdkörper in Höhe des Oesophagusmundes. Bei der Oesophagoskopie wird kein Fremdkörper gesehen, deshalb sofortige Oesophagotomie und Extraktion des Knochens. Die Pat. befindet sich bisher wohl.

VI. Hr. Gutzmann stellt einen Offizier vor, der seit Kindheit an **Rhinolalia clausa functionalis** leidet. Das Übel ist im Anschluß an eine in der Kindheit erlittene Nasenbeinfraktur aufgetreten.

Aussprache: Hr. Lautenschläger.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tagesordnung.

Hr. Claus: **Osteomyelitis der platten Schädelknochen.**

Claus hat 1913 an dieser Stelle über einen trotz umfangreicher Operation und Vaccinebehandlung letal verlaufenen Fall von fortschreitender Osteomyelitis der platten Schädelknochen berichtet. Diesmal kann er über einen geheilten Fall berichten.

Ein 7jähriger Knabe war an einem akuten Empyem der linken Nasennebenhöhlen erkrankt. Bei der Untersuchung fand sich: hohes Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden und eine über dreimarkstückgroße, teigige, subperiostale Schwellung an der Grenze des Stirn- und Scheitelbeines.

Eröffnung sämtlicher erkrankter Nebenhöhlen, makroskopisch konnte trotz des Verdachtes zunächst noch keine Knochenveränderung konstatiert werden. Später fanden sich in der Marksubstanz Staphylokokken in Reinkultur. Auf Rat von Killian, der nach der 14 Tage später erfolgten ausgiebigen Abtragung des nun deutlich erkrankten Knochens consiliariter beigezogen wurde, wurden als weitere Behandlung Brüningssche Kopflichtbäder unter Aspirinverabreichung gegeben. Nachdem sich noch nach 14 Tagen am inneren Augenwinkel ein Abceß gebildet hatte, heilte der ganze Prozeß rasch aus.

Nach kurzer Darstellung der Literatur empfahl Vortr. auf Grund dieses Falles und der mündlichen günstigen Berichte Killians über 2—3 andere Fälle die aktive Hyperämie bei der sonst so aussichtslosen Therapie der fortschreitenden Osteomyelitis der Schädelknochen.

Aussprache.

Hr. Weingärtner berichtet im Anschluß daran über 4 Fälle von Osteomyelitis der Schädelknochen, von denen nur einer letal ausging, in eingehenderer Weise.

Hinsichtlich der Therapie steht die Killiansche Klinik auf folgendem Standpunkt: Bei frischer, wenn auch nur wahrscheinlich mit Nebenhöhlenerkrankung in Beziehung zu bringender Osteomyelitis stets Radikaloperation der Nebenhöhlen und radikalste Entfernung des erkrankten Knochens; besonders bei Orbitalabscessen und Phlegmonen ist auf den Knochen zu achten. Von großem Erfolg scheint die Nachbehandlung mit Kopflichtbädern zu sein; sie scheinen auch in älteren Fällen die Demarkation zu begünstigen. Die Pat. bekommen 3—4 Sitzungen von 20—30 Minuten Dauer täglich. Erläuterung von Röntgenbildern, die eine körnig-wolkige Trübung (Knocheninseln) zeigen.

Hr. Claus, Hr. Weingärtner.

Hr. Killian: **Zur Demonstration stereoskopischer Röntgenbilder.** Die Demonstration von Stereoskopie-Röntgenbildern am Spiegelapparat ist für ein größeres Auditorium zeitraubend, da jeder einzelne die Bilder studieren muß. Deshalb ließ Killian von einem Zeichner, Herrn Landsberg, die bei der Betrachtung solcher Bilder gewonnenen Eindrücke in Zeichnungen niederlegen. Demonstration einiger wohlgelungener stereoskopischer Röntgenbilder der Nasennebenhöhlen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sitzung vom 22. Dezember 1916.

Vorsitzender: Hr. G. Killian.
Schriftführer: Hr. H. Gutzmann.

Hr. Gutzmann stellt den in der letzten Sitzung gezeigten Offizier mit **Rhinolalia clausa functionalis** vor, da er inzwischen die richtige Sprache erlernt hat.

Hr. Halle und Hr. Lautenschläger stellen eine Reihe von Fällen von **Ozaena** vor.

Hr. Lautenschläger: **Über die Technik der operativen Ozaenabehandlung.**

Es wird die ganze untere atrophische Muschel erhalten, sie wird mit ihrem Ansatz in das Naseninnere gedrückt. Ist auch der mittlere Nasengang weit, dann wird auch dort die mediale Kieferhöhlenwand im Gebiet des Ansatzes der mittleren Muschel eingedrückt und ins Naseninnere verlagert. Es sollen im Prinzip außer zweier anzulegender Lücken, eine im unteren, eine im mittleren Nasengang, alle Eingriffe außerhalb der Nasenschleimhaut vorgenommen werden. Bei genuiner Ozaena räumt Lautenschläger durch die obere Lücke auch die angrenzenden Siebbeinzellen aus. Wichtig ist ferner, die Kieferhöhle offen zu halten, um von dort aus (oral) die Nachbehandlung durchzuführen (Tamponade etc.). Die Kieferhöhlenschleimhaut kann, wenn sie nicht ausgesprochen erkrankt ist, erhalten bleiben.

Aussprache.

Hr. Kuttner, Hr. Halle, Hr. Kuttner,

Hr. Halle macht den Vorschlag, ohne Eröffnung von der Mundhöhle nach Canfield-Sturmann zu operieren.

Hr. Killian, Hr. Lautenschläger (Schlußwort).

Hr. Killian: **Über Meningitis nach Stirnhöhlenschüssen.**

Man muß unterscheiden: Frühformen, Spätformen und postoperative Formen.

Über Frühformen kann sich Vortr. nicht äußern, da ihm solches Material fehlt. Die Spätformen können sich auf längere Zeit nach der Verwundung erstrecken. Sie können auf früher bestehende Eiterungen zurückgeführt werden und hängen sonst mit der Art der gesetzten Zerstörungen zusammen, Freiliegen oder Verletzung der Dura, Prolapsbildung etc. Bericht über 3 Fälle, wo 4 Wochen resp. 6 und 9 Monate nach der Verwundung, sämtlich nach einem Schnupfen, eine Meningitis aufgetreten waren und letal endeten. Von postoperativen Fällen verfügt Killian über einen Fall.

Wie soll dem Entstehen von Meningitis nach Stirnhöhlenschüssen vorgebeugt werden? Killian hält für wichtig: 1. Eruierung des Anfangsbefundes und der genauen primären Wundverhältnisse; 2. Erhebung eines genauen Nasenbefundes; 3. Studium der Röntgenbilder sowohl der direkten als auch der stereoskopischen; 4. Probeeröffnung in zweifelhaften Fällen. Er regt über dieses Thema eine Diskussion an.

Aussprache.

Hr. Erlanger berichtet über 6 am Vereinslazarett Maria Viktoria-Krankenhaus an der Augenstation des Geh. Rat Silex beobachtete ähn-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liche Fälle. Die Prognose der komplizierten Augenverletzungen ist, wie auch Krückmann und Brückner nachweisen, sehr zweifelhaft. Unser Bestreben muß in erster Linie der Sicherung der Diagnosestellung gelten. Die Ophthalmologen werden wie bisher Hand in Hand mit den Rhinologen arbeiten. M. Seemann.

Referate.

Inaugural-Dissertationen der deutschen Universitäten im Jahre 1914. Zusammengestellt von H. Marschik.

Albert Theodor: Beiträge zur partiellen Rhinoplastik. Würzburg.

Anders Gerhard: Über rhinogene Meningitis serosa acuta mit einem kasuistischen Beitrag. Leipzig.

Asch Richard: Die Zungenstruma. Gleichzeitig ein kasuistischer Beitrag zum postoperativen Myxödem und zur Frage der Tetania parathyreopriva. Kiel.

Aschmann Aron: Über die im Jahre 1912 an der kgl. laryngologischen Poliklinik in München beobachteten Krankheitsbewegungen mit besonderer Berücksichtigung der Fremdkörper. München.

Berghahn Heinrich: Zur Kenntnis der Hypophysenstruktur bei Akromegalie. Marburg.

Berchmann Israel: Über den Zusammenhang zwischen Halsinfektionen und Menstruation. Halle a. S.

Bingler Kurt: Über die Häufigkeit der tuberkulösen Larynxerkrankungen als Komplikation bei der Lungentuberkulose. Berlin.

Brinkmann Hugo: Statistische Übersicht über 108 Fälle von primärem Bronchial- und Lungencarcinom nebst einem Fall von Bronchuscarcinom mit tödlicher Arrosion der Arteria pulmonalis. Leipzig.

Bruder Kuno: Über einen Fall von Odontoma durum beim Pferde (veterin. Dissert.). Gießen.

Brühl Anton: Über Zungenkrankheiten. Würzburg.

Brünger Hermann: Über Operationstod bei Thyreoiditis chronica. Gleichzeitig ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Basedowscher Erkrankung und Thyreoiditis. Jena.

Denecke Fritz: Über die medianen Dermoidcysten der Nase. Leipzig.

Dick Laurenz: Über vier metallische Fremdkörper der Bronchien bei Kindern. Gießen.

Dolz Ernst: Über Schädigung bei der therapeutischen Anwendung des Radiums. Leipzig.

Eck G.: Über einen Fall von perforiertem Oesophagusdivertikel. Straßburg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Edenhuizen Helene: Über zwei Fälle von mykotischem Aneurysma der Aorta mit Perforation in den Oesophagus. Berlin.

Fels Arthur: Kasuistischer Beitrag über Durchbrüche nach der Orbita von den Nebenhöhlen der Nase, spez. Siebbein- und Stirnhöhle. München.

Fischer Erich: Die Glandulae parathyreoideae des Menschen. Greifswald.

Frey Alfred: Eine seltene Schußverletzung des Halses mit Verletzung der Carotis communis. Tübingen.

Friesicke Georg: Über eine besondere Form von Thymuscarcinom (Carcinoma cylindrocellulare). Jena.

Georgi Paul: Ein Adamantinom des Unterkiefers. Rostock.

Golling Josef: Anthropologische Untersuchungen über das Nasenskelett des Menschen. Teil I: Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte und Entwicklungsmechanik des Nasenskeletts des Menschen und der Anthropoiden. München.

Görs Erich: Beiträge zur Entwicklung der Zunge. Entwicklung der Zunge der weißen Maus (Mus musculus var. alba). Greifswald.

Grämer Martin: Aktinomykose der oberen Luftwege und Speisewege mit besonderer Berücksichtigung der Speicheldrüsen. Würzburg.

v. Grobowski Paul: Ein Oesophaguscarcinom auf dysontogenetischer Basis. Heidelberg.

Günther Hans: Über Nasenrachenfibrome und ihre Behandlung. Leipzig.

Hanau Alfred: Über neuere Diphtherienährböden. Straßburg.

Härtel Fritz: Die Behandlung der Trigeminusneuralgie mit intrakraniellen Alkoholeinspritzungen. (Habilit.-Schrift.) Halle a. S.

Heinze Johann: Die operative Behandlung der angeborenen Gaumenspalte mit besonderer Berücksichtigung des Spracherfolges. Berlin.

Heitzenroeder Karl: Über das Verhalten des Hundes gegen einige Riechstoffe. S.-A. aus der Zschr. f. Biol. 62. 1913. Gießen.

Hettrich Artur: Über Gaumenrachenlähmungen. Würzburg.

Heuer Kurt: Über Oberkieferfrakturen. Leipzig.

Hilfrich Karl Josef: Über intraorbitale Komplikationen bei akuten und chronischen Nebenhöhlenaffektionen. Halle a. S.

Hoffmann Walter Kurt: Über totale Rhinoplastik. Tübingen.

Hohmann Adolf: Über Cysten des Larynx. Würzburg.

Homerczyk Theodor: Sind die Nebenträger der Diphtheriebacillen für die Verbreitung der Diphtherie bedeutungslos? Eine kritische Studie. Greifswald.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hommel Wilhelm: Die Syphilis der Trachea und der Bronchien und ihre Diagnose durch die Tracheobronchoskopie. Freiburg i. Br.

Huckert Gerh.: Die Muskulatur des Bronchialbaums. Marburg.

Justi Karl: Beiträge zur Kenntnis der Sprue (Aphthae tropicae). Habilit.-Schrift. Halle a. S.

Kees Walter Ferd.: Über Fremdkörper im Oesophagus. Würzburg.

Landgraf Karl: Maligne Thymustumoren. Berlin.

Landsberg Martin: Anatomische Untersuchungen über Tracheopathia chondro-osteoplastica. Berlin.

Langner Walter: Über Zungenstruma mit einem kasuistischen Beitrage. Leipzig.

Leser Oskar: Ein Fall von Hypertrophia glandularum sublingualium congenita. Leipzig.

Lipschütz Itzik: Ein Fall von akuter lymphatischer Leukämie mit Lymphosarkom der Thymus. Berlin.

Levy Kurt: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Cocains bei längerer Darreichung. Straßburg.

Markowitsch Tancho: Ein Beitrag zur Klinik der Geschwülste des Mittelfellraumes. Halle a. S.

Märtens Otto: Über psychische Störungen bei Morbus Basedowii. Kiel.

Mobitz Waldemar: Beiträge zur Klinik der Basedowschen Krankheit. München.

Moeller Karl: Über einen Fall von Lymphosarkom der Nase. München.

Nacken Paul: Über Adenocarcinoma papillare der Schilddrüse, in die Trachea durchgewuchert. Würzburg.

Neugebauer Engelbert: Die physiologischen Engen des Verdauungstraktes und ihr Verhalten Fremdkörpern gegenüber. Leipzig.

Ostrowski Siegfried: Beobachtungen an Fällen von Exstirpation des Ganglion Gasseri und der Okzipitalnerven. Berlin.

Pape Karl A.: Beiträge zur Diagnose des Speiseröhrenkrebses mit besonderer Berücksichtigung des Schmerzsymptoms. Heidelberg.

Poller Leib: Ein Beitrag zu der Frage der Erkrankungen des Nervus opticus infolge der Affektionen der Nebenhöhlen. Berlin.

Rauschning Hans: Die moderne Behandlung des Lippencarcinoms. Berlin.

Rhodovi Georg: Über Conradis elektive Ausschüttelung der Diphtheriebakterien mit Kohlenwasserstoffen. Kiel.

Rockstroh Walter: Über idiopathische Erweiterung der Speiseröhre Halle a. S.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rossmann August: Synechien und Atresien der Nase und des Pharynx. Würzburg.

Rothenberg Fritz: Ein kasuistischer Beitrag zu den Oesophagusmißbildungen. Berlin.

Rackusin Haskeel: Ein Fall von Rhinozephalus. München.

Schiffner Fritz: Versuche über die Anwendbarkeit der intratrachealen Insufflation bei Vergiftungen. München.

Schilling Karl: Ein Fall von doppelseitiger Follikularcyste der Mandibula. Kiel.

Schmiedeck Friedrich: Über einen Fall von Hygroma colli congenitum ceptoides. Halle a. S.

Schmitz Karl E. F.: Beitrag zur Kenntnis der Diphtherie- und der sogenannten Pseudodiphtheriebacillen. Berlin.

Schmitt Julius: Klinischer Beitrag zur Operation der Hypophysentumoren. Freiburg i. Br.

Schuch Hermann: Trachealstenosen durch Aortenaneurysma. Kasuistischer Beitrag. München.

Schütt Walter: Über einen dermatoiden Tumor des Mediastinums. Königsberg.

Schulze Otto: Eine Nachprüfung des von Conradi angegebenen Öltropfverfahrens zum Nachweis von Diphtheriebacillen. Jena.

Sutter Alfred: Schilddrüse und Jodmedikation. Freiburg i. Br.

Stichler Heinrich: Über Kropffisteln. Leipzig.

Timm Ernst: Die Beteiligung der Nebenhöhlen der Nase bei der Tränensackeiterung. Rostock.

Väth Oskar: Die Heilungsresultate bei den in der Klinik für Nasen-, Ohren- und Kehlkopfkranke in Heidelberg (Prof. Kümmel) vom 1. Mai bis 1. Juli 1913 behandelten Fälle von Kieferhöhleneiterungen. Heidelberg.

Vierheilig Josef: Die subkutane Bronchuszerreißung. Würzburg.

Wagner Hugo: Wirbelsäulenmetastasen bei Carcinom der Schilddrüse. Straßburg.

Weiss Karl: Experimentelle Untersuchungen über die Frage: „Ist die Furcht vor Krankheitsübertragung durch das Telephon berechtigt? Greifswald.

Wild Hermann: Über den Vorgang des Rülpsens (Ructus) bei den Wiederkäuern und über dessen klinische Bedeutung. (Veterin. Dissertation.) Gießen.

Willmanns R.: Zur Kasuistik der Schilddrüsentuberkulose bei Morbus Basedowii. Göttingen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Willrich Georg: Das Blutbild bei Diphtherie als Hilfsmittel für die Diagnose und Prognose. Freiburg i. Br.

Wolff Paul: Über substernale Kröpfe. Berlin.

Zeh Wilhelm: Über mediastinale Dermoidcysten. Rostock.

Zelljadt G. P.: Zur Frage des branchiogenen Carcinoms. Straßburg.

Zengerling Jakob: Über den Zungenkrebs und seine Behandlung. Leipzig.

Zoeppfel H.: Statistische Zusammenstellung der während der Jahre 1903—1913 an der chirurgischen Poliklinik zu München behandelten Kiefertumoren. München.

Inaugural-Dissertationen der deutschen Universitäten im Jahre 1915. Zusammengestellt von H. Marschik.

Arnoldi Paul: Beitrag zur Aphonia (Dysphonia) spastica. Würzburg.

Ballmann Erich: Welche Beziehungen bestehen zwischen den Verbiegungen der Nasenscheidewand, den Nasenmuscheln und dem Siebbein. Gießen.

Blank Walter: Ein Beitrag zur Lehre vom Infantilismus mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Schilddrüse. Bonn.

Bohl Karl: Ein Beitrag zur Klinik der postdiphtherischen Lähmungen. Freiburg i. Br.

Brandt Hannah: Über die Beziehungen zwischen Morbus Basedowii und Tuberkulose. Jena.

Brehm Ludwig: Beiträge zur Lehre von den zentralen Lähmungen des Kehlkopfes unter besonderer Berücksichtigung der amyotrophischen Lateralsklerose. Würzburg.

Brinkhaus Karl: Zur Symptomatologie der Hysterie, anschließend an einen Fall von hysterischem Schluckkrampf. Kiel.

Brumby Hans: Über Nervenverletzungen bei Exstirpation der Halsdrüsen. Berlin.

Büller Georg: Die Nachbehandlung des Hirnabscesses mit besonderer Berücksichtigung des Kleinhirnabscesses. Erlangen.

Chiatacelli Olindo: Parotitis secundaria. Berlin.

Chonstädt Hans: Über die Verschiedenheiten der Prognosestellung bei den mesotympanalen und epitympanalen Mittelohrentzündungen. Rostock.

Cox Hermann: Über die Varianten des normalen Kehlkopfbildes. Rostock.

Dziembowski Siegismund: Über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Hypophysis cerebri und Diabetes insipidus. Breslau.

Dürbeck Paul: Ein Fall von Akromegalie. München.

Ewald Otto: Über maligne Hundestrumen nebst Bemerkungen über die sekretorische Tätigkeit der Schilddrüse. Heidelberg.

Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Fahrenholz Kurt: Über die Verbreitung von Zahnbildungen und Sinnesorganen im Vorderarm der Selachier und ihre phylogenetische Beurteilung. Jena.

Felsenstein Ernst: Zur Kenntnis der Struma postbronchialis (Getzowa). Heidelberg.

Fleck Johannes: Die in den Jahren 1907—1913 in der Breslauer Universitäts-Ohrenklinik beobachteten Fälle von otogener Meningitis. Breslau.

Frank Georg: Über vier Fälle von Rhinophym und einen Fall von Rhinophym mit Cancroid. München.

Freund Artur: Über Tracheopathia osteoplastica. (Mit 4 Tafeln.) Breslau.

Friedlaender Bruno: Die Schädigung des Gehörganges durch Schußwirkung. Breslau

Fritzsche Arthur: Nasendeformationen und ihre Korrektion. Würzburg.

Girardet Alfred: Doppelte Perforation eines Tuberkels in die Aorta und die Bifurkation der Trachea. Heidelberg.

Gläser Martin: Über die Entfernung eines Fremdkörpers aus dem unteren Teile des Oesophagus. Leipzig.

Gschwind Kamill: Systematische Untersuchungen über die Veränderungen der Hypophysis in und nach der Gravidität. Straßburg.

Hamburger Hedwig: Über einen Fall von Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels. München.

Hemmann Siegfried: Über die operative Behandlung der Bronchiektasien. Kiel.

Horowitz Pinchas: Über einen Fall von Osteom der Stirnhöhle. Leipzig.

Ipland H.: Über Amyloid in Adenomen der Schilddrüse. Freiburg i. Br.

Jacobs Walter: Hypophysäre Fettsucht und Eunuchoidismus. Bonn.

Jäger E.: Zur Diagnose der Bronchialdrüsenschwellung. München.

Kappelmeyer Eduard: Die Dauererfolge der extrakraniellen chirurgischen Behandlung der Trigeminusneuralgie. Erlangen.

Karehnke Bruno: Die Therapie der Basedowschen Krankheit in der kgl. med. Klinik zu Kiel. Kiel.

Klein Karl: Zur Kasuistik der Oesophagoskopie. Gießen.

Koch E.: Die Entstehung des dritten Stadiums der Rhinitis luetica neonatorum. Göttingen.

Kromayer Ernst: Isolierte subkutane Trachealruptur. Leipzig.

Lyon Ernst: Über einen Fall von Zylinderzellencarcinom der Schilddrüse bei Basedowscher Krankheit. Bonn.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Maydansky Wolff: Beitrag zur chirurgischen Therapie der Trigeminusneuralgie. Breslau.

Mederle Karl: Über einen Fall von Osteom mit fibrösem Polyp in der Nasenhöhle eines Bullen. (Veterinär-Diss. 1914.) Gießen.

Melzer Karl: Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten: Psychose bei Diphtherie. Kiel.

Meyer Hugo: Ein Fall von Akromegalie mit Hypophysencyste. Greifswald.

Michel Karl: Phlegmonöse Entzündungen des Rachenringes und des Kehlkopfes. Würzburg.

Mosbacher E.: Beitrag zur Klinik der Basedowschen Krankheit auf Grund der in der Göttinger med. Klinik 1908—1913 beobachteten Fälle. Göttingen.

Neuberg Artur: Ein Fall von Tracheoplastik. Breslau.

Neymann Clarence: Kieferfrakturen in den Heidelberger Lazaretten während der ersten fünf Monate des Krieges 1914. Heidelberg.

Nill Karl: Zur Kasuistik der sogenannten Madelungschen Deformität. München.

Nördlinger Julius: Über Rhinolalia compressa und über perverse Aktion der Stimmlippen. Würzburg.

Petry H.: Zur Kenntnis und Bedeutung des Nasenblutens im späteren Kindesalter. Göttingen.

Rohner Ulrich: Lebercirrhose, Splenomegalie und Oesophagusvarizen. Greifswald.

Saidlin: Aneurysma der Carotis interna mit Ruptur in den Sinus cavernosus. Halle a. S.

Schäfer Heinrich: Über Parotistumoren und ihre Spätrezidive. Kiel.

Schlott J.: Die Geschichte der Diphtherie in Württemberg. Tübingen.

Schlutig Werner: Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Hirnabscesse. Kiel.

Schreiner Kr.: Über ein Sarkom der seitlichen Pharynxwand mit plötzlichem Erstickungstod. Straßburg.

Schüller Josef: Ein Hypophysisadenom mit Dystrophia adiposogenitalis. Bonn.

Sckeide Johannes: Über Dermoide des vorderen Mediastinums und ihre Behandlung. Breslau.

Seufert Fritz: Über die Behandlung der Ozaena mit Anilinfarbstoffen. Würzburg.

Simmenroth Heinrich: Beitrag zur Kasuistik der angeborenen Halskiemenfisteln. München.

Spiegelberg Rudolf: Diphtheriebacillen beim Geflügel. Rostock.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stenger Ludwig: Blutungen aus der Nase mit besonderer Berücksichtigung der habituellen Epistaxis. Würzburg.

Tischbein Peter: Über die Bedeutung der Degenerationszeichen, besonders der Ohrmißbildung bei Geisteskranken. Kiel.

Uchida K.: Über einen Fall hochgradiger leukämischer Infiltration des vorderen Mediastinums. München.

Vogel Herbert C.: Beiträge zur pathologischen Histologie der Schilddrüse. Freiburg i. Br.

Wakatsuki H.: Beitrag zur Kenntnis des Oberkiefersarkoms des Kindes. München.

Wegner Richard: Zur Kenntnis des Gaumenbeines der Anthropoiden. (Habilit.-Schrift.) Rostock.

Weinberg Max: Über Blutuntersuchungen über die Hydronephrose. Heidelberg.

Westerhoff Felix: Die Plattenepithelgeschwülste des Hypophysenganges. Gießen.

I. Allgemeines.

Über einen seltenen Symptomenkomplex auf Grund eines Brückenherdes. Von M. Lewandowsky. (Zschr. f. d. ges. Neur. 13. S. 319. 1912.)

Ein 35jähriger Mann erkrankte plötzlich an einer Lähmung des linken Armes und linken Beines. Die aktive Öffnung des Mundes ist nicht möglich, der Mandibularreflex sehr lebhaft, die Zunge liegt vollkommen unbeweglich in der Mundhöhle, das willkürliche Schlucken ist unmöglich, die Willkür über die Atmung ist aufgehoben. Das reflektorische Schlucken ist erhalten, ebenso ist es möglich, durch Setzung eines Hustenreizes die Atmung reflektorisch zu beeinflussen. Pat. kann nicht sprechen und nicht intonieren. Die Sektion deckte einen einheitlichen Herd in der Brücke auf, der offenbar durch Thrombose der Arteria basilaris entstand, die Pyramidenbahn für die linksseitigen Extremitäten zerstörte und ebenso die vom Großhirn zu den Medullarcentren ziehenden Willkürbahnen.

Fremel.

Über die corticalen und bulbären Verbindungen des Hypoglossus. Von G. Mingazzini und D. Polimanti, Rom. (Mschr. f. Psych. 27. 1910.)

Um die Frage der Verbindung des N. hypoglossus mit seinem Kern und der Hirnrinde zu studieren, haben die beiden Autoren an Affen und Katzen den zentralen Hypoglossusstumpf einmal hinter, dann vor der Ansa ausgerissen, an einem Tiere nahmen sie die Exstirpationen des Hypoglossus der linken Seite und später die Exzision des entsprechenden Rin-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denzentrums rechts vor, um so den Nervenkern von seiner peripheren und zentralen Verbindung zu isolieren. Bei peripherer Hypoglossuszerstörung ging niemals der ganze Kern zugrunde, wie die Autoren an Schnittserien fanden, sondern nur ein Teil, so daß man annehmen muß, daß nicht alle Zellen des Hypoglossuskernes physiologisch gleichwertig sind. Die zentralen und medialen Zellen leisten der Degeneration am meisten Widerstand. Die Stimmbänder und Gaumensegel der operierten Tiere erwiesen sich als intakt. Die Autoren kommen zu dem Schlusse, daß fast alle Zellen des Hypoglossuskernes Fasern abgeben, und zwar steht der laterale Teil des Kernes mit der lateralen Hypoglossuswurzel in Verbindung, der mediale Teil entsendet Fasern, welche mit den Projektionsfasern des kontralateralen Rindenzentrums in Verbindung stehen, der dritte Kernanteil entsendet wahrscheinlich Gaumen-Larynxfasern. Fremel.

Providoformbehandlung der Diphtherie. Von Dr. G. A. Waetzoldt und Doktor J. v. Roznowski an der int. Abteilung des Geheimrates G. Klemperer in Berlin-Moabit. (Ther. d Gegenw. November 1916.)

Das zusammenfassende Urteil lautet: 1. Eine Beschleunigung des lokalen Krankheitsablaufes läßt sich durch Providoform nicht erzielen. 2. Eine Beschleunigung des Eintrittes der endgültigen Bacillenfreiheit war nach unseren Beobachtungen nicht festzustellen. 3. Daß eine dauernde Providoformbehandlung Diphtheriebacillenträger bacillenfrei machen könnte, scheint uns nach unseren Erfahrungen unwahrscheinlich. 4. Die Versuche mit der Salbenbehandlung der Nasendiphtherie sind noch nicht abgeschlossen, doch berechtigen die bisherigen Erfahrungen nicht zu großen Hoffnungen. F. Schlemmer.

Therapeutische Erfahrungen mit Glanduitrin-Tonogen mit besonderer Berücksichtigung bei Asthma bronchiale. Von Dr. Béla Purjecs, Assistent der int. Klinik in Klausenburg. (Ther. d. Gegenw. Oktober 1915. S. 380.)

Es wurde Glanduitrin-Tonogen verwendet, welches in 1 cm^3 0,2 Glandula pituitaria-Extrakt und 0,0005 Adrenalin enthielt. Nach intravenöser Einverleibung des Mittels steigt Atmung, Blutdruck und Puls rapid. Die Anwendung dieses Mittels bei den verschiedenen Asthmaarten, besonders Asthma bronchiale, hält P. für sehr nützlich, wenn auch die intravenöse Einverleibung in der Praxis nicht immer ganz leicht ist.

F. Schlemmer.

Der Einfluß der Kriegsschädigungen auf Erkrankungen der Nase und der oberen Luftwege. Von E. Kronenberg. (Zschr. f. Laryng. 8. H. 5. 1918.)

K. kommt nach seinen dreijährigen Erfahrungen im Felde zu dem Schlusse, daß „bei den im Felde stehenden Truppen Erkrankungen der Luftwege in größerem Umfange oder in schwererer Form sich nicht gezeigt hätten, als im Frieden". „Es schien mir sogar im allgemeinen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Häufigkeit dieser Erkältungen im Felde geringer zu sein als daheim". Außerdem ist es K. geradezu aufgefallen, „wie verhältnismäßig selten Erkrankungen der Nasennebenhöhlen waren". Ebenso auffallend war die Gutartigkeit dieser Erkrankungen. Es sind trotz der häufig notgedrungenen Vernachlässigung der Leiden daraus keine sichtlichen Nachteile für den Einzelnen entstanden. Auch kamen akute Verschlimmerungen infolge von Erkältungen „nicht häufig" vor.

K. sah auch im Felde „keinen einzigen Fall von schwerer Komplikation chronischer Mittelohreiterung, wie Sinusthrombose, Extraduralabsceß u. dgl."

Sehr schwere Kehlkopfstörungen akuter Art, stärkeres entzündliches Glottisödem, Laryngitis subglottica gravis u. dgl. hat K. nie gesehen, ebenso waren heftige Laryngitiden mit tiefgreifenderer Beteiligung der Stimmbänder, Erosionen auf denselben, Formen mit starker Sekret- und Krustenbildung im Larynx recht selten. K. begründet diese immerhin auffallende Tatsache mit dem Fehlen jener Ursachen, die daheim so häufig die Veranlassung zu den uns so bekannten Erkrankungen der oberen Luftwege abgeben: die Wirkungen von Industriestaub in Fabriken, Schleifereien, bei Steinmetzern etc. Alle die in dieses Kapitel fallenden Schädigungen bedingen Läsionen der Schleimhaut, denen der Mann draußen nicht ausgesetzt war. Außerdem führt K. eine psychische Komponente an, indem er betont, „daß trotz aller Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten die Mannschaften draußen im ganzen eher in einem Zustand geistigen Gehobenseins (!) sich befanden", und meint deshalb eine größere Widerstandsfähigkeit voraussetzen zu dürfen. Für die Frage der Kriegsentschädigung scheinen dem Autor seine Beobachtungen sehr von Belang, denn er wünscht im Sinne seiner Ausführungen, „daß die Ansprüche streng geprüft, mit Wahrscheinlichkeit berechtigte anerkannt, unberechtigte aber mit Entschiedenheit zurückgewiesen werden müssen!" Der Referent war selber zwei Jahre lang in einem Spezialspital für Nasen-, Hals- und Ohrenkranke im Felde tätig, hat bisweilen ein gewaltiges Material beobachten und behandeln können und kann daher die Ansichten K.s nicht teilen. Es muß vor allem hervorgehoben und zugegeben werden, daß dem Spezialisten eine große Anzahl von Erkältungskrankheiten deshalb verloren ging, weil dieselben neben den Symptomen im Bereiche der o b e r e n Luftwege noch andere Anzeichen hatten, die es den Ärzten in den Abschubleitungen zweckmäßiger erscheinen ließ, einen Kranken n i c h t in das Spezialspital für Nasen-, Hals- und Ohrenkranke abzuschieben, sondern entweder direkt ins Hinterland oder in ein Spital für intern oder chirurgisch Kranke. Der Referent hat in sein Spital vorwiegend ältere Mannschaft aus den Etappenformationen bekommen und allerdings in den 2 Jahren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur selten Veranlassung gefunden, große Eingriffe an den Nebenhöhlen bei Nichtverletzten zu machen. Die Beobachtungsanzahl war aber immerhin eine genügend große und heilten die Symptome unter konservativen Maßnahmen in der Regel ab. Von den Komplikationen seitens des Mittelohres hat er im Gegenteil 2 Sinusthrombosen gesehen, außerdem wurden im Spital eine große Reihe von Antrotomien gemacht (OStA. Lawner), bei welchen sich umfängliche destruktive Zerstörungen des Warzenfortsatzes fanden.

Es müßten, um derartige Behauptungen aufstellen zu können, wie sie in der referierten Arbeit niedergeschrieben sind, vor allem die Frontärzte-Truppenärzte auch um ihre Beobachtungen ausgefragt werden. Ref. hat im Herbst 1916 in Rumänien, als er noch nicht spezialistisch tätig war, als Truppenarzt innerhalb 14 Tage 2mal aus vitaler Indikation bei akutem Larynxödem und Laryngitis acuta subglottica tracheotomiert. Derartiges ist gewiß anderen Kollegen auch untergekommen. Auch hat er damals eine große Anzahl von Nebenhöhlenaffektionen gesehen, die er aber nicht behandeln konnte, weil dazu nicht die mindesten Vorbedingungen gegeben waren, so daß er alle diese Soldaten abschicken mußte.

Der Referent kann sich nämlich nicht denken, daß das tage- und nächtelange Liegen in den nassen Schützengräben, in denen keine zweckmäßigen hygienischen Lebensmöglichkeiten bestanden haben, für das Zustandekommen von Erkältungskrankheiten weniger förderlich sein soll, wie etwa der Fabriksstaub und ähnliche Friedensursachen. Die Soldaten sind akut erkrankt und wurden eben vorwiegend mit der Diagnose Rheumatismus, Pleuritis, Pneumonie u. dgl. dem Internisten abgegeben, wenn nicht überdies eine entsprechende Verletzung den allgemeinen Chirurgen notwendiger machte. Am allerwenigsten kann er — nach seinen Beobachtungen — das psychische Moment von der „gehobenen Stimmung" gelten lassen, davon habe er herzlich wenig bemerkt, auch nicht bei den zahllosen reichsdeutschen Truppen, die ihm unterkamen! Aus diesen Gründen scheint ihm namentlich der von K. wegen der Kriegsentschädigung hervorgehobene Schluß als zu weit gegangen.

F. Schlemmer.

II. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse.

Über Hypophysenganggeschwülste. Von Dr. Heino Hous. (D. Zschr. f. Nervhlk. 1914. H. 3—6.)

Der Autor beobachtete einen Fall von Hypophysencyste, der unter dem klinischen Bilde eines Kleinhirnbrückenwinkeltumors verlief. Bei der Obduktion wurde eine cystisch-papilläre Plattenepithelgeschwulst gefunden, die als Hypophysengangtumor im Sinne Erdheims angesprochen werden muß.

Fremel.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III. Trachea, Bronchien, Oesophagus.

Praktischer Kunstgriff zur Bougierung impermeabler Oesophagusstrikturen. Von Wilhelm Sternberg, Berlin. (Ther. d. Gegenw. Mai 1916. S. 170 ff.)

Die Oesophagoskopie hat nicht nur diagnostischen, sondern auch therapeutischen Wert, denn erst die direkte Besichtigung der Striktur gibt in vielen Fällen die einzige Möglichkeit, Bougies zu dirigieren — in der einzig gangbaren Richtung —, daß das Hindernis tatsächlich überwunden werden kann.

Es ist ein Irrtum, eine Striktur für impermeabel zu halten, wenn ein Patient „nicht einmal mehr schleimige Suppe" hindurchbringt, denn die Erfahrung lehrt, daß gerade schleimige Speisen am ehesten Oesophagusstrikturen verstopfen. Daher ist diese Konsistenz für die Krankenküche solcher Patienten contraindiziert. Solche Strikturen sind leicht zu überwinden, wenn man 3 Kunstgriffe beobachtet:

1. Gründliche Ausspülung des Oesophagus in der von St. angegebenen Position. (Eine neue Position zur ösophagoskopischen Untersuchung; M. m. W. 1915. Nr. 9.)

2. Einführung eines Wattebausches, getränkt mit Cocain-Adrenalin 20%, oder Adrenalin-Atropin in den Oesophagus bis unmittelbar an die Stenose, woselbst er ¼ Stunde bis 2 Stunden liegen bleibt. St. benützt hiezu den Brüningschen Ätzmittelträger. Hernach soll die Bougierung überraschend leicht gelingen.

3. Nach der palpatorischen Oesophagoskopie entfernt man den ösophagoskopischen Mandrin und benützt das Oesophagoskop als Leitrohr zur Einführung des Bougies ohne jede Kontrolle des Auges. Mit Hilfe dieses Kunstgriffes soll die Bougierung selbst tiefsitzender Stenosen z. B. bei 40 *cm* gelingen, auch wenn das Oesophagoskop bloß bis 25 *cm* reicht, wenn man das Oesophagoskop möglichst dorsalwärts drängt. St. bedient sich dabei des Gyergyaischen Spatelhalterhandgriffes für die Besichtigung des Nasenrachenraumes und gelangt so mit dem Rohre tiefer in den Oesophagus, wie bei der gewöhnlichen ocularen Oesophagoskopie. Ferner kann er auf diese Weise dem Oesophagoskop und später der in ihm gleitenden Bougie eine ganz andere Richtung erteilen, nämlich die einzig richtige dorso-ventrale. St. führt das äußere Ende des Außenrohres über die Zahnreihe hinaus in den Mund hinein, so daß das Oesophagoskop noch weit unter den Proc. alveol. des Os maxill. hineindringt. Dadurch soll auch die nutzbare Länge der Rohre erhöht werden, die man sonst „von der Zahnreihe an" berechnete, während nach St. das Ende des Rohres im Hypopharynx, also 10—12 *cm* tiefer liegt.

Endlich empfiehlt St. noch, die an den Brüningschen Rohren eingravierten Zahlen, weil sie undeutlich sind und „höchst seltsamer Weise" nur vom Patienten abgelesen werden können, in entsprechender

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weise zu verdeutlichen und außerdem die Zahlen für die physiologischen Stenosen „23" für die Aorta und „26" für den l. Bronchus anzubringen.

F. Schlemmer.

Notizen.

Acta otolaryngologica. 1. Bd. H. 4. Inhalt: H. Gertz: Une expérience critique relative à la théorie du gout electrique. — E. Schmiegelow: Hans Wilhelm Meyer. — A. de Kleyn und W. Storm van Leeuwen: Über Störungen im Harnsäure-Stoffwechsel bei Patienten mit Asthma bronchiale und Rhinitis vasomotoria. — C. E. Benjamins: Application Prothéique de paraffine dans un cas de forte déformation après opération radicale du Sinus frontal. — G. V. Th. Borries: Respirationslähmung bei Hirnabsceß. — W. Schilperoort: Purulent Ethmoiditis in Scarlatina. — N. Stakhosky: Méthode de pansement par la Vaseline en Otologie. — H. Key-Aberg: Über ältere und neuere Untersuchungen über Ozaena. — H. Nordlund: Ein Fall von Encephalocele sincipetale. — Recueil de faits cliniques. — Articles résumés par les auteurs eux-memes: St. Clair Thomson: Tooth impacted in a Secondary Bronchus of the Left Lung; Removal by Lower Bronchoscopy, after two unsuccessful attempts by Upper Bronchoscopy.

Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. H. 1. Inhalt: Bennewitz: Klinische und pathologische Beiträge zu den Erkrankungen der oberen Luftwege. IV. Obere Luftwege-Stoffwechselkrankheiten. Mit 3 Abbildungen im Text und auf Tafel I. — Blumenfeld: Erfahrungen über das Verhalten der Luftwege bei Kampfgasvergiftung. — Weihl: Das Ansaugen der Nasenflügel. Mit 3 Abbildungen im Text. — Levinstein: Über die Bedeutung der topographischen Lage des Tuberculum septi zur lateralen Nasenwand für die Pathologie der nasalen Reflexneurose. — Lauter: Über Anosmie. — Referate. — Gesellschafts- und Kongreßberichte. — Bücherbesprechungen.

Besprechung im Referatenteil der nächsten Hefte.

Personalien.

Vom Lehramt zurückgetreten: Der Direktor der Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke an der Universität Würzburg Hofrat Prof. O. Seifert ist auf sein Ansuchen von der Verpflichtung zur Abhaltung von Vorlesungen befreit worden.

Ernannt: Als Nachfolger des in Ruhestand getretenen Prof. Dr. O. Seifert der bisherige ordentliche Professor an der Straßburger Universität Dr. Paul Manasse zum etatsmäßigen außerordentlichen Professor für Nasen- und Kehlkopfheilkunde an der Universität Würzburg unter Verleihung von Titel, Rang und Rechten eines ordentlichen Professors.

Gestorben: Der o. Professor der Laryngo-Rhinologie Geh. Med.-Rat Doktor P. H. Gerber, Vorstand der Königsberger Spezialklinik, an den Folgen einer in seiner Berufstätigkeit entstandenen Blutvergiftung, sowie der o. Professor und Vorstand der Klinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten an der Universität Budapest Hofrat Dr. A. Onodi im 63. Lebensjahre.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin) Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Priv.-Doz. Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHRÖTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang 12. Heft.
(Dezember)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b
WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919

Monatlich erscheint 1 Heft

Preis halbjährlich **30 M = 45 K.** Ein einzelnes Heft kostet **7 M 50 Pf = 10 K.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Originalbeiträge, Referate, Separatabdrücke und Rezensionsexemplare etc. otologischen Inhaltes bitten wir an Doz. Dr. ***Ernst Urbantschitsch,*** *Wien, I., Schottenring 24, und solche rhino-laryngologischen Inhaltes an Priv.-Doz. Dr.* ***H. Marschik,*** *Wien, IX., Lazarettgasse 14, einsenden zu wollen. Das Honorar für Originalien und Referate beträgt K 48.— für den Bogen zu 16 Seiten. Sonderabdrücke von Originalien werden zum Selbstkostenpreise berechnet. Für Bücherbesprechungen geht das betreffende Buch als Honorar in den Besitz des Besprechers über. Redaktion und Verlag*

Inhaltsverzeichnis

Laryngo-Rhinologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dr. Jos. Kraus-Wien: Zur Klinik und Eröffnung der peritonsillären Abscesse . . 721

Vereinsberichte

Laryngologische Gesellschaft zu Berlin. Ordentliche Hauptversammlung am 26. Januar, Sitzungen vom 23. Februar, 30. März, 27. April, 8. Juni, 2. und 11. November und 14. Dezember 1917 . . . . . 731—748

Referate

I. Allgemeines 748
II. Nase und Nebenhöhlen 751
III. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse 754
IV. Kehlkopf 755
V. Trachea, Bronchien, Oesophagus 757
VI. Hals, Schilddrüse, Thymus, Mediastinum 759

Hauptregister für den 53. Jahrgang.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M.

SUPRARENIN

(o-Dioxyphenyläthanolmethylamin)

Mächtiges

Adstringens Hämostatikum Kardiotonikum

Eigenschaften:

Chemisch rein, gut haltbar, zuverlässig, konstant wirksam.

Indikationen und Dosierung:

INJEKTIONEN: Zusatz zu Lokalanästheticis; Blutungen, toxische Blutdrucksenkung, Kollaps, Asthma, Osteomalazie usw.
0,05—1 ccm der Solutio 1:1000—10000.

INTERN: Interne Blutungen, bazilläre Dysenterie, Vomitus gravidarum, Pertussis, Urticaria usw.
1—4 ccm der Solutio 1:1000 bzw. 1—4 Tabletten zu 1 mg.

EXTERN: Lokale Blutungen und Entzündungen, Tubenkatarrh und blutende Mittelohrpolypen, Nebenhöhlenempyem, Epistaxis, Heufieber, Pruritus, Ekzeme. Bei Asthma als Inhalationsspray. Ferner zur diagnostischen Abschwellung.
1:1000—10000 als Lösung, Salbe, Schnupfpulver, Spray.

Originalpackungen:

LÖSUNG 1:1000. Fläschchen mit 5, 10 u. 25 ccm. 10 Ampullen zu 0,5 bezw. 1 ccm.
TABLETTEN 1 mg. Röhrchen mit 20 Stück.

Literatur und Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung durch
Hoechster Farbwerke, G. m. b. H., **Wien, VIII/2.**

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
UND
LARYNGO-RHINOLOGIE.

53. Jahrg. 1919. 12. Heft.

Nachdruck verboten.

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

s der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien
weiland Hofrat O. v. Chiari
(provisorischer Leiter: Doz. H. Marschik).

Zur Klinik und Eröffnung der peritonsillären Abscesse.[1])

Von Dr. **Jos. Kraus**, Operateur der Klinik.

Es mag vielleicht in Anbetracht der zahlreichen Veröffentlichungen, schon über die Eröffnung der peritonsillären Abscesse geschrieben rden, zunächst unangebracht erscheinen, die Aufmerksamkeit der Fachlegen wiederum auf dieses Thema zu lenken; doch ist ja bekannt, daß ade in diesem Punkt eine Übereinstimmung nicht besteht. „Geteilt d die Meinungen über das chirurgische Vorgehen, besonders über den tpunkt der Incision" (Brünings). Seitdem A. Killian in der Versammlung süddeutscher Laryngologen (Heidelberg 1897) die Beaungen der Fossa supratonsillaris zur Entstehung und Therapie der itonsillären Abscesse klargelegt und seine Methode zur Eröffnung derben angegeben hat, ist die Diskussion über den Wert der Methode llians gegenüber der Incision durch den vorderen Gaumenbogen hiari 1889) noch immer nicht beendet. Während Killian und seine hänger, wie Moll, A. Meyer, Grünwald, Constantin, auf dem ndpunkt stehen, daß die Killiansche Methode fast immer erfolgch ist und ein gewissermaßen physiologisches Verfahren darstellt, da bei der von der Natur eingeschlagene Weg beibehalten wird, verhalten n andere Autoren, wie Chiari, Krause, Thiemann u. a., abnend dagegen. Dieser Gegensatz kann seine Erklärung wohl nur darin den, daß eine einzige Methode nur dann allen Verhältnissen gerecht

[1]) In die Redaktion eingelangt am 2. VI. 1919.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden kann, wenn der Abscess immer an derselben oder annähernd derselben Stelle sitzt. Das ist aber keineswegs der Fall. Sehr richtig sagt Henke: „Wenn auch am häufigsten, wie bereits gesagt, der Eiter lateral vom oberen Pol der Tonsille angetroffen wird, so sind doch keineswegs, wie uns die Praxis lehrt, die Fälle so selten, in denen der Abscess an irgend einer anderen Stelle neben der Tonsille sich zeigt. Dieser Beobachtung gibt auch Winkler Ausdruck, indem er sagt: Daß sich der peritonsilläre Abscess nur am oberen Pol abspielt, ist nicht richtig. Der Eiter wird fast ebenso häufig lateral vom unteren Pol angetroffen, und oft ist auch die ganze Tonsille von einem Abscess umgeben."

Killian selbst deutet in seiner Abhandlung (Mandelbucht und Gaumenmandel) ein Moment an, welches allfällige Mißerfolge erklären kann: „Wichtig ist das Verhalten des hinteren Gaumenbogens. Befindet sich in dessen Bereich oben eine bedeutendere Schwellung, so geht man direkt gegen die Mitte derselben vor, und gelingt dies nicht leicht vom Hilus aus, so setzt man die Sonde weiter unten und hinten in das Mandelgewebe ein, gegebenenfalls unter Benutzung einer hier liegenden Lakune." Damit gibt Killian zu, daß die nach hinten gelegenen Abscesse seiner Eröffnungsmethode Schwierigkeiten bereiten können.

Einige Mißerfolge bei der Eröffnung peritonsillärer Abscesse, wie sie wohl jeder praktische Arzt zu verzeichnen hat, waren die Veranlassung, das Verfahren Killians bei Berücksichtigung des Sitzes der Abscesse an einer Serie von 40 Fällen nachzuprüfen. Das Material umfaßt meistens ambulante Patienten, nur ein kleiner Teil wurde in klinische Pflege genommen, und zwar jene Fälle, welche im Beginne der Erkrankung die Klinik aufsuchten und daher Gelegenheit zu guter Beobachtung boten.

Der Standpunkt, nach welchem die Beobachtungen orientiert waren, war folgender:

Wie jede eitrige Entzündung ist auch der peritonsilläre Abscess von einem kollateralen Ödem der Umgebung begleitet, welches zuerst an jener Stelle erscheinen oder im späteren Verlauf dort am stärksten ausgebildet sein wird, wo der Abscess sitzt resp. die Perforation anstrebt; sofern daher ein Patient frühzeitig genug zur Beobachtung kommt, wird zu erkennen sein, ob der Abscess mehr vorne oder mehr nach hinten zu sitzt resp. im vorgeschrittenen Stadium, wo der Abscess die Perforation anstrebt. Die so häufig betonte Verdrängung der Tonsille durch den Abscess setzt eine gewisse Größe desselben voraus, was natürlich erst in späterem Stadium einen Rückschluß gestattet.

Es ist weiters naheliegend, anzunehmen, daß die subjektiven Beschwerden der Patienten durch den Sitz des Abscesses beeinflußt werden; wenn letzteres aber der Fall ist, dann kann die Anamnese dem Unter-

Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

sucher einen Fingerzeig geben, wo der Abscess im einzelnen Fall zu suchen ist und wo er eröffnet werden soll.

Es ist klar, daß in der Beantwortung der beiden Punkte die Erklärung über die verschiedene Bewertung einer bestimmten Methode zu suchen ist, oder, praktisch gesprochen, daß damit den verschiedenen Eröffnungsmethoden ihr Indikationsgebiet vorgezeichnet wird.

Dementsprechend wurde weniger auf die Verdrängung der Tonsille, als auf das Maximum der entzündlichen Veränderungen geachtet.

Bezüglich der anamnestischen Angaben war die Aufmerksamkeit besonders auf die gleichseitigen Ohrenschmerzen gerichtet.

Wie bekannt, sind diese Klagen sehr oft, aber nicht immer zu hören; auch ist der Zeitpunkt des Auftretens derselben verschieden. Manche Patienten geben dezidiert an, daß das Leiden sofort mit Ohrenschmerzen eingesetzt hat, während bei anderen dieselben überhaupt nicht oder erst in 3—4 Tagen verspürt werden.

Die Angaben der Autoren über diesen Punkt sind ziemlich allgemein gehalten. So schreibt Brünings: „Die Krankheit beginnt meist ähnlich wie eine akute Tonsillitis unter Fieber . . . . . und deutlich einseitigen, in die Ohrgegend ausstrahlenden Schmerzen."

E. Meyer (Handbuch): „ . . . . . tritt plötzlich, mitunter unter Temperatursteigerung starke Schmerzhaftigkeit beim Schlucken auf, die einen stechenden, nach dem Ohr ausstrahlenden Charakter besitzt."

Weniger allgemein ist Henke: „Die Schmerzen strahlen sehr häufig nach dem Ohr der befallenen Seite aus, ja, manche Patienten klagen anfangs überhaupt nur über Ohrenschmerzen."

Es wurde daher besonders darauf geachtet, nachzuprüfen, ob den Ohrenschmerzen mit Rücksicht auf den Sitz des Abscesses eine Gesetzmäßigkeit zugesprochen werden kann oder nicht.

Die nun folgenden kurzen Krankengeschichten sind nach diesen Gesichtspunkten in Gruppen geordnet und ist jede Gruppe, um zu häufige Wiederholungen zu vermeiden, durch eine Anzahl einschlägiger Fälle vertreten.

Gruppe I.

Fall 1. Frau. Seit 4 Tagen krank, vom Beginn an heftige Ohrenschmerzen. (Zwei von anderer Seite vorgenommene Incisionen durch den vorderen Bogen an den beiden vorhergehenden Tagen waren ohne Erfolg.)

Befund: Hochgradiges Ödem und Schwellung der oberen Hälfte des hinteren Bogens und Übergreifen derselben auf den obersten Teil des vorderen Bogens; letzterer sonst normal.

Killian nicht versucht, da der Abscess unmittelbar vor dem Durchbruch durch den hinteren Bogen steht; Incision in denselben entleert viel Eiter.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall 2. Mann. Seit 3 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom Beginn an.

Befund: Starke Schwellung oberhalb des oberen Poles, welche beide Bögen im oberen Drittel einbezieht, jedoch am hinteren Bogen stärker entwickelt ist; Tonsillarpol selbst gerötet, macht den Eindruck leichten Ödems.

Killian mit Erfolg.

Fall 3. Mann. Seit 6 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom Beginn an.

Befund: Vorderer Bogen fast unverändert; hinterer Bogen in der oberen Hälfte stark geschwollen, mit Vorwölbung gegen den Pharynx.

Killian ohne Erfolg.

Chiari mit Erfolg.

Fall 4. Mann. Seit 4 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom Beginn an.

Befund: Vorderer Bogen gerötet, nicht geschwollen; starkes Ödem des hinteren Bogens in der oberen Hälfte.

Killian ohne Erfolg.

Incision in den hinteren Bogen mit Erfolg.

Fall 5. Frau. Seit 5 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom Beginn an.

Befund: Tonsille nach der Mitte und vorne verdrängt, vorderer Bogen gerötet, hinterer Bogen fingerdick.

Spontane Perforation zwischen hinterem Bogen und Tonsille in halber Höhe.

Fall 6. Frau. Seit 5 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom Beginn an.

Befund: Maximum der Schwellung in der Nähe des oberen Poles, stärker hinten; Tonsille etwas nach vorne gedreht.

Killian mit Erfolg.

Fall 7. Frau. Vor 4 Tagen an heftigen Schluck- und Ohrenschmerzen derselben Seite erkrankt.

Befund: Hyperplasie beider Tonsillen; linke Tonsille gegen die Mitte und vorne gedrängt, hinterer Bogen stark geschwollen.

Killian ohne Erfolg.

Chiari mit Erfolg.

Fall 8. Frau. Vor 8 Tagen erkrankt; Ohrenschmerzen vom Beginn an.

Befund: Maximum der Schwellung entspricht dem hinteren Bogen im oberen Anteil.

Killian ohne Erfolg.

Chiari mit Erfolg.

Gemeinsam ist den Fällen der I. Gruppe, daß die Krankheit mit heftigen Ohrenschmerzen vom Beginn an einsetzt, sowie, daß in allen Fällen der Absceß zum hinteren Bogen in innigere Beziehung tritt als zum vorderen. Fall 2 und 6, bei welchen die Sondierung erfolgreich war, zeigen ein Bild, welches Grünwalds supratonsillären Abscessen entspricht.

Gruppe II.

Fall 9. Mann. Seit 8 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 3. Tag.

Befund: Starkes Ödem des hinteren Bogens mit dem Maximum in halber Höhe; vorderer Bogen gerötet, sonst normal.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Killian ohne Erfolg.
Spontaner Durchbruch am 9. Tag durch den hinteren Bogen.

Fall 10. Mann. Seit 6 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 2. Tag.
Befund: Starkes Ödem des hinteren Bogens mit Schwellung gegen den Pharynx zu.
Killian ohne Erfolg.
Chiari mit Erfolg.

Fall 11. Mann. Seit 3 Tagen krank; seit heute Ohrenschmerzen.
Befund: Starkes Ödem des hinteren Bogens; Vorwölbung gegen den Pharynx.
Killian ohne Erfolg.
Incision in den hinteren Bogen entleert viel Eiter.

Fall 12. Mann. Seit 4 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 2. Tag.
Befund: Starkes Ödem des hinteren Bogens in der oberen Hälfte mit Vorwölbung gegen den Pharynx.
Killian ohne Erfolg.
Incision in den hinteren Bogen erfolgreich.

Fall 13. Frau. Seit 4 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 2. Tag.
Befund: Starke Schwellung des hinteren Bogens, Tonsille nach vorne und medial verdrängt.
Killian ohne Erfolg.
Incision in den hinteren Bogen mit Erfolg.

Fall 14. Mann. Seit 6 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 3. Tag.
Befund: Ödem des hinteren Bogens im oberen Anteil, oberer Tonsillarpol gerötet, leicht ödematös, vorderer Bogen im obersten Teil geschwollen.
Killian mit Erfolg.

Fall 15. Mann. Vor 3 Wochen Peritonsillitis durchgemacht, welche angeblich spontan und ohne Perforation zurückgegangen ist; seit 2 Tagen wieder Schluck- und Ohrenschmerzen.
Befund: Ödem beider Gaumenbögen im oberen Drittel, aber stärker hinten. Oberer Tonsillarpol gerötet.
Killian mit Erfolg.

Fall 16. Frau. Seit 14 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 3. Tag.
Befund: Vorderer Bogen normal; starke Vorwölbung des hinteren Bogens gegen den Pharynx.
Killian ohne Erfolg.
Incision in den hinteren Bogen mit Erfolg.

Fall 17. Frau. Vor 8 Tagen mit Halsschmerzen erkrankt, welche nach 2 Tagen nachgelassen haben; seit 2 Tagen heftige Ohren- und Schluckschmerzen.
Befund: Vorwölbung nach außen und oben von der Tonsille; vorderer Bogen nicht geschwollen; hinterer Bogen im oberen Anteil ödematös und gegen den Pharynx vorgewölbt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Killian ohne Erfolg.
Chiari: viel Eiter.

Fall 18. Mann. Vor 8 Tagen erkrankt; Ohrenschmerzen vom 3. Tag.
Befund: Schwellung beider Bögen im oberen Drittel, stärker hinten; oberer Tonsillarpol gerötet.
Killian mit Erfolg.

Fall 19. Frau. Seit 5 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 3 Tag.
Befund: Tonsille nach der Mitte und vorne verdrängt, hinterer Bogen kleinfingerdick.
Spontane Perforation durch den hinteren Bogen in halber Höhe.

Fall 20. Mann. Seit 5 Tagen krank; Ohrenschmerzen vom 3. Tag.
Befund: Maximum der Schwellung in halber Höhe des hinteren Bogens.
Killian ohne Erfolg.
Chiari mit Erfolg.

Fall 21. Frau. 5 Tage krank; Ohrenschmerzen vom 3. Tag.
Befund: Maximum der Schwellung entspricht dem oberen Pol.
Killian mit Erfolg.

Fall 22. Frau. 5 Tage krank; Ohrenschmerzen vom 3. Tag.
Befund: Über dem oberen Pol starke Schwellung, stärker hinten, starkes Ankylostoma.
Killian gelingt, der Abfluß ist aber so ungenügend, daß die Incision nötig wird.

Die Fälle 23—26 entsprechen obigen Bildern.

Die Fälle der Gruppe II haben gemeinsam, daß zu den einleitenden Schluckbeschwerden durchschnittlich am 3. Krankheitstag gleichseitige Ohrenschmerzen hinzutreten; in allen Fällen handelt es sich um Abscesse, welche vorwiegend den hinteren Bogen in Mitleidenschaft ziehen. Die Fälle 14, 15, 18, 21 und 22, bei welchen die Sondierung erfolgreich ist, entsprechen Grünwalds supratonsillären Abscessen, sonst ist in allen Fällen die Tendenz, nach hinten durchzubrechen, klar erkennbar.

Gruppe III.

Fall 27. Mann. Seit 8 Tagen krank; keine Ohrenschmerzen.
Befund: Ödem des vorderen Bogens im oberen Drittel, Vorwölbung oben und außen von der Tonsille. Hinterer Bogen normal.
Killian ohne Erfolg.
Chiari mit Erfolg.

Fall 28. Frau. Seit 4 Tagen krank; keine Ohrenschmerzen.
Befund: Maximum der Schwellung entspricht der oberen Hälfte des vorderen Bogens. Hinterer Bogen unverändert.
Killian gelingt, aber mit so ungenügendem Abfluß, so daß Chiari nötig wird.

Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Fall 29. Mann. 8 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Starkes Ödem des vorderen Bogens im oberen Drittel, Vorwölbung oben und außen von der Tonsille. Hinterer Bogen nicht verändert.

Killian ohne Erfolg.

Chiari mit Erfolg.

Fall 30. Mädchen. 2 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Oberer Teil des vorderen Bogens stark geschwollen, Schwellung greift auf den hinteren Bogen über; Vorwölbung oben und außen von der Tonsille. Oberer Tonsillarpol gerötet.

Killian mit Erfolg.

Fall 31. Frau. 8 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Ödem des vorderen Bogens, größte Schwellung mehr außen von der Tonsille; hinterer Bogen nicht verändert.

Killian ohne Erfolg.

Chiari mit Erfolg.

Fall 32. Mann. 8 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Vorwölbung oben und außen von der Tonsille; Ödem beider Bögen, stärker vorne

Killian mit Erfolg.

Fall 33. Mann. 5 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Sehr starke Vorwölbung des vorderen Bogens, Tonsille gegen die Mitte verdrängt; hinterer Bogen nicht ödematös.

Killian mit Erfolg.

Fall 34. Mann. 5 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Vorwölbung des vorderen Bogens außen von der Tonsille. Vorderer Bogen geschwollen, hinterer Bogen nicht verändert.

Killian ohne Erfolg.

Chiari mit Erfolg.

Fall 35. Mann. 9 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Hochgradige Vorwölbung oben und außen von der Tonsille; Schwellung betrifft beide Bögen, mehr vorne.

Killian mit Erfolg.

Die Fälle 36—40 entsprechen bezüglich Schwellung und Ohrenschmerzen den geschilderten Verhältnissen.

Die Fälle der Gruppe III haben gemeinsam, daß niemals Ohrenschmerzen aufgetreten sind, sowie, daß die Tendenz, vorne durchzubrechen, besteht.

Von den Fällen mit erfolgreicher Sondierung entsprechen Fall 30, 32 und 35 supratonsillären, die Fälle 28 und 33 paratonsillären Abscessen im Sinne Grünwalds.

Wenn man vorstehende Fälle überblickt, ergeben sich folgende Schlüsse:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Alle Abscesse saßen in der Umgebung des oberen Tonsillarpoles.

2. In 65% der Fälle trat der Abceß zum hinteren Gaumenbogen, in 35% zum vorderen Bogen in innigere Beziehungen. Die Erklärung für das Überwiegen der „hinteren" Abscesse ist in erster Linie in anatomischen Verhältnissen zu suchen. „Meist liegt die Tonsille dem hinteren Gaumenbogen dicht an und wird von dem vorderen durch ein leicht vertieftes, aber feinhöckeriges Feld getrennt, in dem kleinere lymphatische Bildungen den Übergang zwischen Gaumenmandel und Tonsilla lingualis vermitteln" (Handbuch). Killian zitiert His über die Anatomie der Fossa supratonsillaris: „In einigen Fällen besonders guter Ausbildung habe ich nach Ablösung der Schleimhaut gefunden, daß sich die Grube eine Strecke weit an die Rückfläche des M. levator palat. angeschmiegt hat. Hinter ihr liegt unter allen Umständen der M. palatopharyngeus, und dieser Muskel trennt die Fossa supratonsillaris von der Rosenmüllerschen Grube." Das bedeutet aber, daß die Tonsille und besonders die Fossa supratonsillaris zum hinteren Gaumenbogen in viel innigere Beziehungen tritt als zum vorderen Bogen, ein Moment, welches das Überwiegen der „hinteren" Abscesse unschwer zu erklären vermag.

3. Der hintere Sitz der peritonsillären Abscesse hat sich in allen Fällen im Auftreten von gleichseitigen Ohrenschmerzen manifestiert, welche entweder die Krankheit einleiteten oder in der Regel nach dem 3. Tage aufgetreten sind.

4. Die sich gegen den vorderen Gaumenbogen zu entwickelnden „vorderen" Abscesse haben niemals Ohrenschmerzen verursacht.

5. Für die Killiansche Sondenmethode eigneten sich besonders Grünwalds „supratonsilläre" Abscesse. Da nach Grünwald zum Zustandekommen derselben eine Reihe von Bedingungen erforderlich ist, und dies nur in ungefähr 5% aller Fälle eintritt, ist die geringe Zahl der erfolgreichen Sondierungen (12 Fälle, davon zirka 10 als supratonsillär zu bezeichnen) erklärlich. Die hierher gehörenden Fälle boten ein charakteristisches Bild: Die entzündliche Schwellung betraf stets den oberen Teil beider Gaumenbögen, und die Tonsille selbst zeigte entzündliche Veränderungen am oberen Pol.

Bei Grünwalds „paratonsillären" Abscessen war die Sondenmethode fast immer ergebnislos (nur 2 Fälle). Es mag ja sein, daß, wie Grünwald sagt, die Unbekanntschaft mit den durch das Verhalten der Plica transversa bedingten Variationen die Killiansche Methode in Mißkredit bringt und oft nur die Ungeschicklichkeit des Untersuchers die Ursache des Mißerfolges ist; aber es ist doch immerhin auffallend, daß dieser Fehler so weit verbreitet sein soll! Henke schreibt aus der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gerberschen Klinik: „Auch in unserer Klinik ist die Methode wiederholt geübt worden. In einer Reihe der so behandelten Fälle hatten wir damit Erfolg, ebenso häufig jedoch blieb derselbe aus, und wir mußten zur Incision schreiten."

Daß die paratonsillären Abscesse in dieser Richtung eine Sonderstellung einnehmen, geht auch aus Killians Anleitung zur Sondierung der „hinteren" Abscesse hervor; bedeutet doch die Vorschrift: man gehe, falls die Sondierung vom Hilus aus nicht gelingt, „weiter unten und hinten mit der Sonde in das Mandelgewebe ein, gegebenenfalls unter Benützung einer hier liegenden Lakune", lediglich das Festhalten des Prinzips der Sondeneröffnung mit Umgehung der Fossa supratonsillaris. Gelingt aber die Eröffnung eines „paratonsillären" Abscesses von der Fossa supratonsillaris aus, dann ist nicht immer die Drainage genügend, offenbar weil die Richtung derselben den chirurgischen Forderungen nicht entspricht. Bei solchen Abscessen leistet die Incision bessere Dienste und ist jedenfalls weniger schmerzhaft als das Suchen mit der Sonde. Ist die Durchbruchstelle erkennbar, dann beseitigt die Incision an dieser Stelle mit einem Schlag alle Beschwerden; ist sie zweifelhaft und ist ein weiteres Zuwarten nicht am Platze, dann tritt die Incision am Chiarischen Punkt in ihr Recht.

Es war nun naheliegend, das Zusammentreffen von hinterem Sitz und Ohrenschmerzen nachzuprüfen. Natürlich konnte nur eine Methode für diese Probe auf die Richtigkeit in Betracht kommen, welche gestattet, den Sitz des Abscesses einwandfrei festzustellen. Dazu war der Vorgang Levingers (Resektion des oberen Tonsillarpoles) besonders geeignet.

An einer Serie von 15 Fällen wurde die Kontrolle vorgenommen und es ergaben sich folgende Befunde:

1. Die Abscesse saßen im Spatium pharyngomaxillare in der Umgebung des oberen Tonsillarpoles.

2. Der Infektionsweg war in den meisten Fällen erkennbar und es zeigte sich, daß das klinische Bild davon abhängt, zu welchem Gaumenbogen der Absceß in innigere Beziehungen tritt. Entwickelt sich derselbe gegen den hinteren Bogen, so treten gleichseitige Ohrenschmerzen auf, welche um so heftiger und frühzeitiger auftreten, je ausgesprochener die Tendenz zum Durchbruch nach hinten ist. Sitzt der Absceß dagegen näher dem vorderen Bogen und ist der hintere Gaumenbogen nicht in Mitleidenschaft gezogen, dann bleiben die Ohrenschmerzen aus.

3. Interessant war folgender Fall:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mann 3 Tage krank; keine Ohrenschmerzen.

Befund: Das Maximum der entzündlichen Schwellung entspricht dem oberen Anteil des hinteren Gaumenbogens.

Levinger (fecit Marschik): Der Absceß zeigt keinerlei Beziehungen zum hinteren Bogen.

Somit muß man annehmen, daß dem Fehlen der Ohrenschmerzen eine größere Bedeutung zukommt als dem vorhandenen entzündlichen Ödem.

Auf Grund der vorstehenden Ausführungen erscheint der Vorschlag, die in der Umgebung des oberen Tonsillarpoles sitzenden peritonsillären Abscesse je nach der Richtung ihrer Entwicklung in vordere und hintere Polabscesse einzuteilen, berechtigt, zumal die subjektiven Beschwerden der Patienten und das klinische Bild durch den Sitz des Abscesses wesentlich beeinflußt werden.

Auch geht hervor, daß die Anamnese geeignet ist, dem Untersucher den Sitz des Abscesses anzuzeigen.

Literatur: 1. Killian, Entwicklungsgeschichtliche, anatomische und klinische Untersuchungen über Mandelbucht und Gaumenmandel. Arch. 7. — 2. Derselbe, Mandelbucht und Gaumenmandel. Verh. d. Ver. süddeutscher Laryngologen 1897. — 3. Moll, Peritonsillarabsceß. La Clinique. 41. 1906. — 4. A. Meyer, Die Eröffnung des peritonsillären Abscesses. B. kl. W. Nr. 41. 1907. — 5. Derselbe, 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg 1909. — 6. Constantin, Resultate der Behandlung des Mandesabscesses durch Eröffnung der Fossa supratonsillaris. Revue de hebdom. de laryngol. 31. 1910. — 7. Hamilton, Peritonsillarabsceß. Australian Medical. Journ. Oktober 1910. — 8. Max Levy, Zur Diagnose und Therapie der Peritonsillitis. D. m. W. Nr. 35. 1911. — 9 Krause, Zur Technik der Eröffnung von peritonsillären Abscessen. M. Kl. Nr. 6. 1912. — 10. Thiemann, Über den Tonsillarabsceß und seine Eröffnung. Korr. Bl. Thüring. 5. 1912. — 11. Levinger, Behandlung und Prophylaxe des Peritonsillarabscesses. M. m. W. Nr. 23. 1914. — 12. Henke. Über die phlegmonöse Entzündung der Gaumenmandeln, insbesondere über ihre Ätiologie, sowie neue Versuche mit lokaler Serumbehandlung. Arch. 27. — 13. Goldmann, Die Lymphdrüsen bei der chronischen Mandelentzündung. Mschr. f. Ohrhlk. 1914. — 14. Chorazycki, Behandlung der peritonsillären Abscesse. Sitzungen d. Warschauer oto-laryng. Vereins. Mschr. f. Ohrhlk. 1917. — 15. Chiari. Über die Lokalisation der Angina phlegmonosa. W. kl. W. Nr. 43. 1889. — 16. Katz, Blumenfeld und Preysing, Handbuch. — 17. Denker-Brünings. Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege. — 18. Lange, Fragmentarische klinische Betrachtungen über die Tonsillar- und Peritonsillarabscesse. Zschr. f. Laryng. 1. 1909. — 19. Grünwald, Lehmanns Atlanten. 4. H. 1.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Ordentliche Hauptversammlung am 26. Januar 1917.

Vorsitzender: Hr. Killian.
Schriftführer: Hr. Gutzmann.

2. Wissenschaftlicher Teil.

Vor der Tagesordnung.

Hr. Killian zeigt am Spiegelapparat einige stereoskopische Röntgenaufnahmen des Nasengerüstes und der Nebenhöhlen bei **Ozaena.**

Tagesordnung.

I. Fortsetzung der Aussprache über den Vortrag des Herrn Killian: **Nebenhöhlenschüsse und Meningitis.**

Hr. Killian erläutert in kurzen Worten den Inhalt seines Vortrages.

Hr. Krückmann hat bei Augenverletzungen, die durch Nebenhöhlenverletzungen kompliziert waren, anfänglich sehr traurige Erfahrungen gemacht und hat sich deshalb veranlaßt gefühlt, trotz eitriger Nebenhöhlenverletzung so lange mit der Operation zuzuwarten, bis eine Vernarbung oder völlige Verheilung der verletzten Nebenhöhlenwand zu erwarten war. Dringende und fieberhafte Fälle bilden natürlich eine Ausnahme. Splitterungen der hinteren Stirnhöhlenwand sind sehr häufig. Histologische Untersuchungen haben ergeben, daß die Wandfissuren in der ersten Zeit niemals knöchern, sondern bindegewebig vernarben, deshalb ist die Gefahr der Infektion so groß. Er wartet durchschnittlich 3 Monate, doch ist die Verknöcherungsperiode nicht gleich.

Hr. Halle hält die Fälle, die Herr Killian mitgeteilt hat, wo im Anschluß an Nachschübe von Nebenhöhlenerkrankung Meningitis auftritt, für ziemlich selten; ihm scheinen Fälle besonders wichtig zu sein, wo es im Anschluß an Nebenhöhlenverletzungen zu Spätkomplikationen überhaupt kommt. Halle berichtet sodann über 3 geheilte Fälle von Spätabsceß im Stirnhirn. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Verletzungen der Stirnhöhlenhinterwand ist Halle für eine möglichst frühzeitige Operation.

Hr. Kuttner: Kritische Bemerkungen zu den bisherigen Fällen und ihrer Infektionsart. Er weist auf eine Arbeit Payrs (M. Kl., 1916, Nr. 32 u. 33), in der hingewiesen wird, daß es durch jede stärkere Gewalteinwirkung auf den Schädel zu einer Meningitis serosa kommen kann, die, wie man weiß, leicht Infektionen zugänglich ist.

Die Mitteilungen dieser zahlreichen Todesfälle können leicht unser Urteil trüben und zu überstürzten Maßregeln Anlaß geben. Kuttner glaubt, daß die Anzahl der günstig ausgehenden Fälle eine große ist, die ohne größeren Eingriff ausgeheilt sind. Es fehlt noch eine größere Statistik. Er ist dafür, in frischen Fällen gründlich freizulegen, in älteren, symptomenlosen Fällen hält er eine Präventivoperation für ungerechtfertigt.

Hr. Killian (Schlußwort): Die Entstehung von Meningitis ohne Fissuren der Hinterwand der Stirnhöhle erklärt sich durch die direkte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kommunikation der Schleimhautvenen mit den Duravenen. Das Idealste ist, wenn gleich oder bald nach der Stirnhöhlenverletzung operiert werden kann. Auch die Operation bei noch frischeren infizierten Wunden scheint nach seinen Erfahrungen nicht so gefährlich zu sein. Über die Indikationsstellung bei Spätstadien der Stirnhöhlenschüsse ist er sich noch nicht ganz im klaren, da uns die bisherigen Untersuchungsmethoden über eine gewisse Grenze nicht hinauskommen lassen.

II. Hr. Kuttner: **Referat über den augenblicklichen Stand der Ozaenafrage.**

(Der Vortrag ist im Arch. f. Laryng., 31, H. 2, erschienen.)

Sitzung vom 23. Februar 1917.

Vorsitzender: Hr. Killian.
Schriftführer: Hr. Gutzmann.

Vor der Tagesordnung.

Hr. E. Davidsohn stellt einen Pat. vor, der Ende November 1916 durch Halsschuß verwundet wurde und den er Mitte Dezember in Behandlung bekam. Es bestand damals eine Schwellung der linken Plica pharyngoepiglottica und aryepiglottica, die später auf das linke Taschenband und Epiglottis und linken Aryknorpel überging, zeitweise Durchbrüche von Eiter. Schließlich ging die Schwellung auch auf die rechte Larynxhälfte über. Es wurde eine **Perichondritis des Schildknorpels** angenommen.

Hr. Killian hat den Pat. übernommen. Die ganze vordere Wand des Larynx ist gegen das Innere vorgeschoben. Die Infektion geschieht in solchen Fällen entweder von der äußeren Wunde oder vom Pharynx aus. Behandlung: Laryngostoma und subperichondrale Excochleation resp. Resektion des kranken Knorpels. Die Röntgenbilder haben gezeigt, daß sich vom Perichondrium aus wieder Knochen neubildet.

Aussprache.

Hr. Loewenheim sah einen ähnlichen Fall im Anschluß an Influenza, der nach tiefer Skarifikation ausheilte.

Hr. Killian, Hr. Davidsohn, Hr. Finder, Hr. Killian.

Tagesordnung.

I. Hr. Lautenschläger: **Neue Erkenntnisse in der Ozaenafrage.**

(Der Vortrag ist im Arch. f. Laryng., 31, H. 2, erschienen.)

Aussprache.

Hr. Killian meint, daß es besser wäre, die Aussprache zu vertagen. Er hat gesehen, daß bei Ozaena die Knochen der Nebenhöhlen sklerosieren und hat in Freiburg mehrere solche Präparate erhalten; ob dies primär oder sekundär ist, kann man nicht entscheiden, jedenfalls hat diese Tatsache wegen der Kommunikation der Knochen- und Schleimhautgefäße auf die Ernährungsverhältnisse der Kieferhöhlenschleimhaut einen Einfluß.

Hr. Weingärtner.

II. Hr. G. Ritter: **Über die Stirnhöhlenoperationen unter militärischen Gesichtspunkten.**

Ritter bespricht zunächst eingehend die allgemeinen Gesichtspunkte der Beurteilung der Dienstverwendungsmöglichkeit entsprechend

Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

den militärärztlichen Vorschriften und geht dann auf die Vorschriften betreffend die Beurteilung von Nebenhöhleneiterungen ein. Er ist der Ansicht, daß jeder Fall einzeln betrachtet und für sich beurteilt werden soll. Es ist unmöglich, bei der Vielgestaltigkeit der Erscheinungen bei Nebenhöhlenerkrankungen und der Leistungsfähigkeit der Kranken im einzelnen allgemein gültige Regeln aufstellen zu wollen. — Die Bedeutung der Nebenhöhlenerkrankungen liegt erstens in den Komplikationen, die sie machen können, und zweitens in den subjektiven Beschwerden, die sie hervorrufen. Als kriegsdienstverwendungsfähig können Leute betrachtet werden, die schon lange an Nebenhöhlenerkrankungen leiden, ohne jemals Beschwerden gehabt zu haben, und gewöhnt sind, in freier Luft zu arbeiten. Leute, die nicht gewohnt sind, Witterungseinflüssen zu trotzen, sieht er für bedingt kriegsverwendungsfähig an. Wo Trigeminusreizzustände bestehen, ist doppelte Vorsicht bei der Beurteilung und Indikationsstellung zu Eingriffen am Platz. Ritter hat hierbei während seiner Tätigkeit als Militärarzt keine guten Erfahrungen gesammelt. Auch bei Operierten können die veränderten Lebensbedingungen neuerlich Trigeminusschmerzen machen. Bei vielen Nebenhöhlenkranken besteht eine Empfindlichkeit gegen das Tragen von Kopfbedeckungen; diese kommen für die fechtende Truppe (Stahlhelmtragen!) nicht in Betracht. Er ratet ferner, mit den Operationen überhaupt sehr sparsam zu sein, da man mit ihnen nur in vereinzelten Fällen eine uneingeschränkte Kriegsverwendungsfähigkeit erreichen kann. Es ist besser, durch intranasale Eingriffe die Beschwerden zu beseitigen und dann die Leute entsprechend ihren Berufen zu verwenden. Eine Ausnahme bilden Kieferhöhlenoperationen. Was die Stirnhöhlenoperationen betrifft, steht Ritter auf folgendem Standpunkt: er steht im Gegensatz zu Spiess, der seine (Ritters) Methode besonders bei Kriegsteilnehmern empfohlen hat. Diese erfordert eine längere Kontrolle durch den Operateur. Stirnhöhlen, die hoch hinaufreichen, soll man in Ruhe lassen, wenn keine absolute Indikation vorliegt. Zur Operation geeignet sind Stirnhöhlen, die unterhalb der Belastung durch die Kopfbedeckung liegen, und zwar empfiehlt er bei isolierter Stirnhöhleneiterung die Operation nach Kuhn; bei Beteiligung des Siebbeins in Fällen, wo man die Orbita eröffnen muß, bei kleineren Stirnhöhlen die Rittersche, bei größeren die Killiansche Operation.

Die Nasenprozesse, die mit Borkenbildung verlaufen, d. h. syphilitische Ozaena, genuine Ozaena oder Folgezustände von Nebenhöhleneiterungen erachtet Ritter für höchstens arbeitsverwendungsfähig, wo die Möglichkeit zu regelmäßigen Nasenspülungen besteht, wo dies nicht möglich ist, sind solche Leute zu entlassen.

(Die Aussprache wird vertagt.)

Sitzung vom 30. März 1917.

Vorsitzender: Hr. Killian.
Schriftführer: Hr. Gutzmann.

I. Hr. Benda: **Demonstrationen makroskopischer Präparate** dreier Fälle von Schußverletzungen der oberen Speisewege, die durch merkwürdige Komplikationen zum Tod geführt haben.

1. Fall. Querschuß des Halses, Verletzung beider Pharynxwände. Plötzliche profuse Blutung von innen, der der Pat. in kürzester Zeit erlag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ohne daß der Ursprung der Blutung festgestellt werden konnte. Ursache: Aneurysma der Arteria lingualis.

2. Fall. Schuß durch die obere Brustapertur, ohne besondere Symptome. Pat. ging durch plötzlich auftretende Septikämie zugrunde. Ursache: kleiner Anriß des Oesophagus, von da ausgehend jauchige retrooesophageale Phlegmone, hintere Mediastinitis.

3. Fall. Schuß hinter dem Warzenfortsatz, später geringe Eiterung und Extraktion eines Projektilsplitters, der in der hinteren Pharynxwand lag, im besten Wohlbefinden des Pat. Plötzlicher Exitus an Meningitis. Sektion: Frakturierung des II. Halswirbels, Phlegmone, von der Pharynxwunde ausgehend, eitrige Periostitis und Osteomyelitis des Wirbels, Meningitis.

II. Hr. Ganzer: a) **Bildung von langgestielten Stranglappen bei Gesichtsplastik.**

Der Erfolg der Lappenplastik hängt ausschließlich von der Ernährung des Lappens ab. Von der Erwägung ausgehend, daß das distale Ende des Lappens am meisten gefährdet ist, läßt ihm Ganzer bei der ersten Ablösung eine breite Ernährungsbrücke, während dieser selbst und sein Stiel abgelöst werden; bei sehr langen Stielen bleibt auch in der Mitte eine kurze Ernährungsbrücke. Der Stiel selbst wird durch fortlaufende Naht geschlossen, so daß ein Strang entsteht. Im allgemeinen wartet Ganzer 14 Tage von der ersten Ablösung bis zur Verwendung des Lappens ab. In der Zwischenzeit kann der Lappen in der Mitte seiner Basis eingeschnitten werden, so daß er nur an den Ecken hängen bleibt.

b) **Verschluß großer Gaumendefekte mit Haut vom Oberarm usw. unter Verwendung langgestielter Stranglappen.**

Besprechung der Methoden von Rosenthal-Leipzig (Lappen aus der Wange, die durch die Wange eingeklappt werden) und Eiselsberg (Transplantation eines Fingergliedes). Ganzer zieht Haut vom Oberarm vor; durch seine Methode ist jede Perforation zwischen Mund- und Nasenhöhle verschließbar. Die Perforation wird umschnitten, der zentrale Rand eingeklappt und durch einige Nähte fixiert. Die entstandene breite Wundfläche wird durch Haut vom Oberarm gedeckt, wobei die langgestielten Stranglappen ausgezeichnete Dienste machen. Verband mit Drahtgestell nach Ganzer. Zum Schutz gegen Durchbeißen des Lappens werden die Backenzähne mit überhöhten Kauflächen überkappt.

III. Hr. Finder: **Habituelle Kloßsprache.** Im Anschluß an eine gewöhnliche Angina follicularis trat diese seltene Erscheinung auf. Die Sprache klingt so wie bei einem peritonsillären Abceß, die Sprachstörung besteht 6 Wochen.

Aussprache: Hr. Gutzmann.

IV. Hr. Gluck:

a) **Struma carcinomatosa.** Vor 2 Jahren im April Exstirpation einer carcinomatösen Struma. Gegen Weihnachten 1915 Rezidiv, das sehr umfangreich und mit der Trachea und Oesophagus stark verwachsen war, so daß beide Recurrentes verletzt resp. weggeschnitten wurden. Seither ist die Pat. rezidivfrei geblieben. Die Pat. trägt eine Kanüle, ihre Stimme ist ausgezeichnet. Demonstration einer Stoerkschen Siebkanüle mit einem Ventil, das sich bei der Exspiration verschließt, die sich sehr gut bewährt hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

b) Ein zweiter Fall von **carcinomatöser Struma** wurde vor 11½ Jahren operiert. Die große Struma hatte Larynx und Trachea durchwachsen; es mußten der Larynx und 7 Trachealringe entfernt werden. Nach einiger Zeit wurden carcinomatöse Drüsen mit der rechten Vena jugularis interna entfernt. Wegen neuerlichen Rezidivs wurden der Pharynx und Halsteil des Oesophagus vollständig und die retropharyngealen und retrooesophagealen Drüsen bis tief ins Mediastinum posticum hinab entfernt und das ganze Gebiet nach seiner Methode plastisch ergänzt. Nachdem noch zwei symmetrisch rechts und links vom Sternum nach 3 Jahren sich entwickelte Tumoren entfernt wurden, blieb die Pat. völlig gesund und geht ihrem Beruf, da sie ausgezeichnet spricht, ohne Störungen nach.

c) **Trachealresektion.** 14jähriger Knabe, der in seinem 4. Lebensjahr wegen Diphtherie tracheotomiert wurde. Wegen hochgradigster Veränderungen an Trachea und Larynx wurde die Trachea oberhalb der Trachealfistel mit derselben bis zum Arygebiet entfernt und zwei Hautlappen auf den Oesophagus aufgepflanzt und in der Medianlinie die Hautränder vereinigt, so daß eine tiefe kutane Mulde entstanden war. Der Defekt wurde durch eine modifizierte Dupuissche Kanüle überbrückt. Nach ½ Jahr plastischer Verschluß der kutanen Mulde zu einem Rohr, so daß die Trachea vom Arygebiet bis zur Kanülengegend aus einem kutanen Rohr besteht. Progressive Dilatation durch Gummidilatation nach Killian. Der Verschluß der Kanülenöffnung ist geplant. Pat. spricht mit lauter heiserer Stimme und ist arbeitsfähig.

d) **Totalresektion der Trachea.** Dieser Fall stellt neben dem von Soeronsen publizierten ein Unikum in der chirurgischen Literatur dar. 1913 wurde von Herrn Heymann mit Bronchoskop ein Carcinom der Trachea in der Gegend der Bifurkation konstatiert. Trotz mehrmaliger endoskopischer Entfernung von Tumormassen anhaltende Atemnot, die schon 10 Tage vor der Operation ein Tracheostoma nötig machte.

Operation: Lappen in der Sternalgegend, zwei seitliche Lappen; Spalten der Struma in der Medianlinie, Abschälen von der Trachea und langsames Vorziehen derselben. Wegen Atemnot Spaltung der Luftröhre in der Längsrichtung. Dann wurden erst immer die Hautlappen an die Bifurkation angenäht und schrittweise abgeschnitten, so daß mit der letzten Sutur das Präparat entwickelt werden konnte, aber auch der Trachealstumpf, d. h. die Bifurkation an den Hautlappen sicher verankert war. Auffallend war, wie leicht die Bifurkation aus dem Mediastinum zu entwickeln war. Nun hat der Pat. von der Bifurkation bis zum Larynx eine neue kutane Trachea. Der Pat. ist nun 3 Jahre und 7 Monate nach der Operation und ist vollständig gesund und arbeitsfähig, er trägt noch ein einfaches Drainrohr mit einem Kanülenband fixiert als Sprachprothese; trotz einer linksseitigen Recurrenslähmung spricht er normal. Gluck hofft, ihm nun auch die vordere Öffnung durch Plastik zu schließen.

Gluck regt neuerlich an, bei Carcinomen, die über die Bifurkation hinausreichen, wie er schon vorgeschlagen hat, ferner bei inoperablen Mediastinaltumoren, bei allen Tumoren, wo es sich um Kompressionszustände jenseits der Bifurkation handelt, eine Lungenfistel anzulegen und durch Rippenresektion und Pneumopexie die Lunge anzuheften. Es stellt sich sofort die von ihm so genannte retrograde Atmung ein. Er erinnert

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an seine 1881 veröffentlichte experimentelle Arbeit über Resektion und Exstirpation einer Lunge. Kurzer Bericht über einen operierten Fall.

Aussprache.

Hr. Kuttner erklärt den laryngoskopischen Befund beim ersten Fall, wo beide Stimmbänder in der Medianlinie stehen, falls wirklich die Recurrentes durchschnitten wurden, für mit unseren Anschauungen unvereinbar.

Hr. Killian meint, daß beide Nerven bei der Operation nur graduell geschädigt wurden.

Hr. J. Joseph.

V. Hr. Jacques Joseph: **Zur Oberlippen- und Nasenersatzplastik.** Demonstration von 4 Fällen von Kriegsverletzten, und zwar 2 Oberlippenplastiken und 2 Nasenersatzplastiken. Zur Deckung der Oberlippendefekte wurde Haut von den Wangen, im zweiten Fall teils aus den Wangen, teils ein langer gestielter Schläfekopfhautlappen verwendet. Zur Stütze der Nasenplastiken wurden Tibiaspäne eingepflanzt, und zwar, wenn nötig, mehrere übereinander.

Aussprache: Hr. Gluck, Hr. Halle, Hr. Gluck.

VI. Hr. Weingärtner berichtet über einen **Fremdkörper im Oesophagus.** Ein verschlucktes Gebiß wurde mit dem Münzenfänger zu extrahieren versucht. Es gelang nicht, aber auch der Münzenfänger konnte nicht entfernt werden. An der Killianschen Klinik gelang unter Oesophagoskopie die Extraktion beider Fremdkörper. Heilung.

VII. Hr. Heymann stellt einen Soldaten mit **Prolaps beider Ventrikel** vor, außerdem ist an der Hinterwand auch ein kleiner Wulst. Ätiologisch ist außer sehr starker Überanstrengung der Stimme nichts festzustellen.

Aussprache: Hr. Musehold, Hr. Finder, Hr. Heymann, Hr. Killian, Hr. Heymann, Hr. Killian.

Sitzung vom 27. April 1917.

Vorsitzender: Hr. Killian.

Vor der Tagesordnung.

I. Hr. A. Bruck: **Retropharyngealabsceß nach Peritonsillitis.** Rechtsseitige Peritonsillitis, die trotz einiger Incisionen nicht abheilt, Schwellung der rechten Pharynxseite, der Epiglottis und des Larynxeinganges. Nach Skarifikation der Epiglottis hört die bestehende Atemnot fast auf. Wassermann positiv. Aus den Incisionen entleert sich bei ihrer Dilatation geruchloser Eiter. Schließlich bildete sich an der Pharynxhinterwand in der Höhe des Kehlkopfeinganges eine diffuse Schwellung aus; bei der Incision entleert sich von dort reichlich Eiter unter Druck, und zwar durch mehrere Tage hindurch. Heute, 3 Wochen nach Entleerung des Abscesses, besteht noch immer ein Ödem des Kehlkopfeinganges.

Aussprache.

Hr. Killian glaubt, daß es sich um eine vereiterte retropharyngeale Lymphdrüse gehandelt hat.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hr. A. Bruch, Hr. Lennhoff, Hr. Killian.

II. Hr. Weingärtner zeigt eine kleine **Messingschraube**, die bei einem 3jährigen Kind im linken Bronchus gesteckt hat. Er verweist neuerlich auf die großen Vorteile, die die Schwebebronchoskopie für die Entfernung von Fremdkörpern im Kindesalter bietet.

III. Hr. Killian stellt einen **Kehlkopfschuß** vor. Verletzung durch Handgranate, Steckschuß in Kehlkopfhöhe, rechtsseitige Perichondritis des Schildknorpels. Längsschnitt in der Mitte des Schildknorpels. Die rechte Schildknorpelplatte war von dem Fremdkörper in 2 Stücke zerschlagen; Entfernung dieser Schildknorpelpartie und des Fremdkörpers. Einführen eines dünnen Kuhntschen Rohres durch das Lig. conicum. Guter Verlauf.

Tagesordnung.

Die Aussprache über die Referate zur **Ozaenafrage** wird auf die nächste Sitzung verschoben.

Hr. Ritter faßt den Inhalt seiner früheren Ausführungen über **die Beurteilung der Dienstfähigkeit von chronisch Nebenhöhlenkranken** vor Beginn der Aussprache über diese Frage in einigen Sätzen zusammen.

Aussprache.

Hr. Musehold ist mit der geänderten Indikationsstellung zur Operation völlig einverstanden.

Hr. Schönstadt ist gleichfalls der Ansicht, daß Leute nach größeren Operationen an Nase und Ohr nicht als felddienstfähig zu erklären sind.

Hr. Max Scheier wendet sich gegen diese Verallgemeinerung des Vorredners. Er hat mehrfach Fälle beobachten können, die nach Killian an der Stirnhöhle operiert wurden und die Strapazen gut vertrugen.

Hr. Halle stimmt im allgemeinen Ritter bei und empfiehlt zur Stirnhöhleneröffnung seine endonasale Methode.

Hr. Claus.

Hr. Killian unterscheidet bei chronischen Nebenhöhlenerkrankungen zwei Gruppen; erstens rein katarrhalische Erkrankungen, die zur Schleimsekretion, Hypertrophie und Polypenbildung neigen, zweitens die schweren eitrigen Formen. Diese Fälle sind gewöhnlich Gegenstand der Behandlung. Killian hat, wenn er mit konservativen Maßnahmen nicht auskam, radikal operiert; er hält es schon für einen Vorteil, wenn die Leute arbeitsverwendungsfähig werden. — Die Ozaenakranken hält er nicht für unbrauchbar, sondern er ist dafür, sie je nach Möglichkeit und besonderen Umständen zu verwenden.

Hr. Max Scheier, Hr. Ritter (Schlußwort).

Sitzung vom 8. Juni 1917.

Vorsitzender: Hr. Killian.
Schriftführer: Hr. Gutzmann.

I. Aussprache über die Referate der Herren Kuttner und Lautenschläger: **Zur Ozaenafrage.**

Hr. Killian: Es ist vorgeschlagen worden, die Aussprache nach einer bestimmten Ordnung zu führen. Unter 1. heißt es: Ozaena und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ozaenaartige Erkrankungen. Ozaena vera seu genuina; Ozaena symptomatica seu comitans.

Hr. Kuttner will zur Erleichterung der Verständigung 2 Gruppen unterscheiden: 1. diejenigen ozaenaartigen Erkrankungen, die nur symptomatisch, nur als Begleiterscheinungen auftreten bei Syphilis, Tuberkulose, Lupus, Fremdkörpern, Nebenhöhlen usw. („Ozaena symptomatica seu comitans"); 2. Fälle, bei denen die ozaenaartigen Erscheinungen das Übel selbst sind, dessen Ätiologie uns noch unbekannt ist (genuine Ozaena).

Hr. Sturmann erinnert an den Vortrag B. Fraenkels zu seinem 70. Geburtstag, in dem dieser wieder als Ozaena das Krankheitsbild mit den 3 bekannten Symptomen bezeichnet, und ist dafür, als Ozaena nur die genuine Form zu bezeichnen.

Hr. Heymann, Hr. Kuttner, Hr. Sturmann, Hr. Kuttner.

Hr. Killian hält es für das Richtige, bei den Nebenerscheinungen die Hauptkrankheit anzugeben (z. B. Syphilis, Tuberkulose etc.) und hinzuzusetzen „mit ozaenaartigen Erscheinungen".

Nun kommt die 2. Frage: Ozaena nasalis et trachealis. Eine isolierte Ozaena trachealis, wie sie Zarniko mitgeteilt hat, hat Killian nie gesehen.

Hr. Kuttner erwähnt noch einen solchen Fall von Baginsky und hat selbst eine Ozaena trachealis beobachtet.

Hr. Lautenschläger hat eine Pat. in Beobachtung, die eine eitrige Tracheitis sicco mit Borkenbildung hat; die Pat. hatte früher eine Kieferhöhleneiterung. Vielleicht ist dieser Fall für die Genese von Wichtigkeit, dann wäre die Ozaena trachealis eine sekundäre Erkrankung.

Hr. Killian erinnert, daß es auch eine Lues der Trachea gibt mit zahlreichen flachen Ulcerationen und Borkenbildung.

Hr. A. Meyer weist darauf hin, daß man bei solchen Erkrankungen stets auch an Sklerom denken muß.

Hr. Lautenschläger, Hr. Killian, Hr. Kuttner.

Hr. Killian: Punkt 3: Heredität.

Hr. Kuttner faßt die folgenden Punkte des Programmes: Familienozaena und Kinderozaena zusammen. Seine Erfahrungen auf diesem Gebiet sind negativ.

Hr. Sturmann, Hr. Kirschner.

Hr. Lautenschläger hat Ozaena im frühen Kindesalter nicht gesehen.

Hr. Killian, Hr. Lautenschläger, Hr. Killian, Hr. Kuttner.

Hr. Killian: Punkt 6: Prodromalstadium.

Hr. Sturmann wendet sich gegen die Hypothese Kuttners, der das Entstehen der Ozaena auf eine „besondere Veranlagung" zurückführt; er nimmt an, daß sich die genuine Ozaena aus einem chronischen Reizzustand entwickelt, der schon frühzeitig beginnt und zu einer Atrophie der Schleimhaut führt. Durch das Weitwerden der Nase werden dann die Borken und Fötor bedingt.

Hr. Kuttner: Über das Prodromalstadium ist noch wenig bekannt. Typisch sind die Klagen der Pat. über häufigen, langdauernden Schnupfen. Es ergibt sich die Frage: Ist dieses Prodromalstadium eine indifferente

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rhinitis, aus der sich erst durch irgend ein Accidens nachher die typische Ozaena entwickelt, oder ist es selbst bereits eine latente Ozaena?

Hr. Jansen nimmt an dem Ausdruck Prodromalstadium Anstoß und sieht in ihm ein Initialstadium.

Hr. Killian meint, daß in der ersten Zeit ein Wechsel in den Erscheinungen des Nasenbefundes zu sein scheint und Zeiten von Borkenbildung mit starker Konstriktion der Schleimhaut abwechseln, wobei vielleicht die sich entwickelnden Gifte vasokonstriktorisch wirken. Außerdem gibt es entzündliche und reaktionslose Formen von Ozaena.

Hr. Claus, Hr. Jansen, Hr. Killian.

Hr. Sturmann schlägt vor, systematische rhinologische Untersuchungen an Schulkindern vorzunehmen, vielleicht könnten sie, wenn sie länger durchgeführt werden, über die Genese der Ozaena Aufschluß bringen.

Hr. Killian hält solche Untersuchungen in der Großstadt, wo das Material zu sehr wechselt, für aussichtslos.

Hr. Lautenschläger sagt, es genügt schon, Kinder mit chronischen Nebenhöhlenerkrankungen zu beobachten. Er hat Fälle gesehen, wo die Pharyngitis sicco zeitweise und selbst die atrophischen Zustände in der Nase dauernd geschwunden sind.

Hr. Killian.

Hr. Kuttner ersieht aus der Aussprache, daß die Herren die Ozaena als eine Erkrankung sui generis ansehen und daß den Kranken die Erkrankung erst bewußt wird, wenn der Fötor auftritt.

Hr. Killian: Punkt 7: Größere Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht und bei unbemittelten Kreisen.

Hr. Sturmann erklärt diese Erscheinung aus sozialen Ursachen, die größere Häufigkeit bei Frauen und Mädchen infolge von Eitelkeit und endlich die Häufigkeit der beobachteten Ozaena bei Soldaten daraus, daß sie ein Grund zur Kriegsdienstunfähigkeit ist.

Hr. Killian, Hr. A. Meyer.

Hr. Killian: Punkt 8: Einseitige Ozaena.

Hr. Kuttner glaubt, daß einseitige Ozaena nicht vorkommt.

Hr. Killian hält das Vorkommen von einseitiger Ozaena nicht für ausgeschlossen.

Hr. Lautenschläger hat mehrfach solche Fälle gesehen.

Hr. Killian, Hr. Jansen.

Hr. Killian: Punkt 9: Ozaena im Greisenalter.

Hr. Kuttner hat nach dem 50. oder 60. Lebensjahr keine Ozaena mehr gesehen.

Hr. Jansen.

Hr. Sturmann: Meistens bildet sich die Ozaena mit etwa 40 Jahren zurück. Die Atrophie bleibt natürlich bestehen.

Hr. Killian, Hr. Kuttner, Hr. Killian, Hr. Jansen.

Hr. Killian: Punkt 10: Weite der Nasenhöhle.

Hr. Kuttner glaubt nicht, daß die Weite der Nase die Grundursache der Ozaena ist, er sieht in ihr immer nur eine Folgeerscheinung.

Hr. Killian.

Hr. Sturmann sieht in der Weite ebenfalls nur eine Sekundärerscheinung. Trotzdem aber wird durch Verengerung der Nase die Ozaena günstig beeinflußt. Er schildert eine Methode, wobei er die Schleimhaut

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der lateralen Nasenwand mit der unteren Muschel abhebelt und in die dadurch entstandene Tasche einen Tibiaspan oder Rippenknorpel einschiebt. Die Einheilung erfolgt stets glatt. Sturmann hat auch Material von anderen Pat., wie untere Muscheln, Septumknorpel etc. verwendet und schiebt auch Gewebsstücke unter die Septumschleimhaut.

Hr. Jansen hat Fälle gesehen, wo eine Nasenseite auffallend enger war wie die andere und trotzdem erkrankt war, so daß es ihm zweifelhaft erscheint, ob die Verengerung der Nase auf das Besserwerden der Ozaena eine solche Rolle spielen könne.

Hr. Killian warnt davor, bei den plastischen Operationen fremdes Material zu verwenden, da es oft nachträglich herauseitert und unter Umständen zu Infektionen des Operierten Anlaß geben kann.

Hr. Killian: Punkt 11: Epithelmetaplasie.

Punkt 12: Schwund der Bowmannschen Drüsen.

Punkt 13: Nebenhöhlenerkrankungen und Ozaena.

Punkt 14: Atrophie der Schleimhaut und Veränderungen des Knochengewebes.

Hr. Lautenschläger: Nach seinen Erfahrungen ist das Charakteristische bei der genuinen Ozaena der sklerosierte Knochen. Die Sklerosierung kann man mit Sicherheit nur durch Aufdeckung des Knochens nachweisen.

Hr. Killian hat in Freiburg Präparate von Ozaena gehabt, bei denen die Verdickung und Sklerosierung des Knochens deutlich zu sehen war.

Hr. Kuttner stellt die Frage, ob die Sklerosierung des Knochens primär oder sekundär sei (Hr. Lautenschläger: Sekundär!). Er hat in seinem Referat darauf hingewiesen, daß auch von anderer Seite der Ozaenagestank auf eine Einbeziehung des Knochens in den Krankheitsprozeß zurückgeführt wurde. Neufeld berichtet, daß ihm die Ähnlichkeit des Ozaenageruches mit dem Geruch von zersetztem Leim aufgefallen sei; er nimmt an, daß das Ozaenasekret erst dann den typischen Geruch annimmt, sobald die Erkrankung von der Schleimhaut auf den Knochen übergreift.

Hr. Killian weist darauf hin, daß der Geruch an das Vorkommen des Bac. foetidus gebunden erscheint, er will aber damit nicht sagen, daß dieser der Erreger der Ozaena ist.

Hr. Kuttner: Es ist möglich, daß der spezifische Geruch auf einen spezifischen Bacillus zurückzuführen ist. Es fehlt nur noch sein Nachweis und es ist auffallend, daß er bei den anderen so zahlreichen eitrigen Nasenerkrankungen nicht wirksam wird, und man müßte annehmen, daß dieser Bacillus erst durch das Sekret der Ozaenakranken einen Chemismus vorfindet, der seine Weiterentwicklung fördert.

Hr. Killian glaubt sicher daran, daß es ein bestimmter Bacillus ist, der den Geruch erzeugt. Er ist aber nicht überall, wie Herr Kuttner glaubt, vorhanden und wird nur durch die Bacillenträger verbreitet.

Der Vorsitzende schließt mit Dank an die Herren Lautenschläger und Kuttner die Aussprache.

II. Hr. H. Gutzmann: **Über die Benennung der Kriegsaphonien.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die kurze Benennung einer Krankheit deckt sich durchaus nicht immer mit dem, was wir praktisch als Diagnose bezeichnen. Es ist nicht leicht, ein Krankheitsbild mit einem kurzen Ausdruck ganz zu umfassen. Am schwierigsten wird dies bei den Leiden, die man als „funktionelle", „psychische", „psychogene" bezeichnet, wobei man sagen will, daß man für die jeweiligen klinischen Symptome eine anatomisch-mechanische Ursache nicht finden kann. Hierher gehören auch die Benennungen der zahlreichen Stimmstörungen, die man kurz als „Kriegsaphonien" bezeichnen kann. Besonders deutlich zeigen sich die Mängel der Nomenklatur bei der Bezeichnung „Taubstummheit", wo bei einem Soldaten neben der Stummheit noch Taubheit sich findet.

Im Krieg erworbene „Taubstummheit" gibt es nicht. Jeder Taubstumme produziert auch Stimme und ist stets geneigt, diese durch Nachahmung zu produzieren. Dies ist bei taubstumm gewordenen Soldaten nicht der Fall. Es sollte in solchen Fällen besser heißen: „Taubheit und Stummheit." Vielleicht empfiehlt sich auch die Zusammensetzung „Stummtaubheit"; hier steht stumm voran, weil betont werden soll, daß absolute Stummheit, d. h. Sprach- und Stimmlosigkeit besteht.

Gutzmann wendet sich in seinen weiteren Ausführungen gegen die Beiworte „psychogen" oder „psychisch"; sie besagen so wenig wie „physiogen". Er schlägt den von ihm vorgeschlagenen Ausdruck „thymogen" für die Krankheitsformen, die auf Störungen des Gemüts beruhen, vor, ein Ausdruck, der bereits angenommen wurde; Gaupp setzt diesen Stimmstörungen die „ideagenen" gegenüber, die aus Störungen der Vorstellungen ihren Ursprung nehmen. Ebenso wird die Bezeichnung „funktionell" verworfen, da sie nur eine negative Bedeutung hat. Die ätiologischen Bezeichnungen der einzelnen Stimmstörungen würden durch die vorangesetzten Eigenschaftswörter: „thymogen", „ideagen", „habituell", „hysterisch" entsprechen, da sie einen eindeutigen Sinn haben. Bei der Wahl der Hauptwörter für die festgestellten klinischen Symptome soll das Wort ebenfalls einen klaren, festumschriebenen Krankheitszustand kurz bezeichnen. So bezeichnen „Stimmlähmung" und „Stimmkrampf" (Aphonia paretica und Aphonia spastica) das klinische Hauptsymptom. Statt der üblichen „Flüsterstimme" wird, weil überhaupt kein Stimmton, sondern nur Flüstern oder gar nur Hauchen entsteht, „Flüstersprache", statt „Hauchstimme" (= Apsithyrie) „Hauchsprache" empfohlen.

Zum Schluß wendet sich der Vortragende gegen die irrtümliche Auffassung der Neurologen und Psychiater, die meinen, daß die Stimm- und Sprachärzte einer „psychischen" Behandlung ablehnend gegenüberstehen. Jede psychische Behandlung erstrebt eine bestimmte Suggestionswirkung, sei es in der Hypnose, sei es im wachen Zustande. Daß man hierzu die unschädlichsten Mittel verwendet, ist selbstverständlich. Die Erfahrung hat gezeigt, daß Suggestionen, die dem Kranken mehr oder minder mystisch vorkommen, weniger vorhalten, als eine Suggestion, die in ihm dadurch bewirkt wurde, daß er durch Übungsbehandlung die Überzeugung gewann, die richtigen Bewegungen beim Sprechen ausführen zu können und durch Aufmerksamkeit und seinen Willen zu beherrschen.

(Die Aussprache wird vertagt.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sitzung vom 2. November 1917.

Vorsitzender: Hr. Killian.
Schriftführer: Hr. Gutzmann

Demonstrationen.

I. Hr. A. Bruch: **Ein außergewöhnlicher Fall von Phlegmone des Rachens.**

Der Pat., der seit 2 Tagen mit Schluckbeschwerden erkrankt war, wurde in schwerkrankem Zustand eingeliefert; Temperatur dauernd gegen 40°, Puls 112. Starke Druckschmerzhaftigkeit der seitlichen Halspartien, Ankylostoma, Rötung und Schwellung besonders an den vorderen Gaumenbögen. Eiter konnte nicht entleert werden. In 2 Tagen Exitus durch Herzlähmung. Sektionsbefund (Prof. Oestreich): Amygdalitis fibrinosa. Phlegmone retrooesophagea et retropharyngea. Septischer Milztumor, Hyperämie und Ödem der Lungen. Hepatitis, Nephritis parenchymatosa. Ödem der Arachnoidea, Leptomeningitis.

Aussprache: Hr. Musehold, Hr. A. Bruck, Hr. Musehold, Hr. Killian.

II. Hr. A. Bruch: **Bruch des Tränenbeins.**

Ein 19jähriger Grenadier stürzte in der Kaserne und fiel mit der Nase gegen eine Stuhlkante. Seither entweicht beim Schnauben Luft und auch Zigarettenrauch am rechten medialen Augenwinkel. Am Röntgenbild sieht man Veränderungen, die auf eine Fraktur des Os lacrimale oder des Proc. frontalis maxillae super. schließen lassen.

Aussprache.

Hr. Gutzmann.

Hr. Halle bezweifelt die Eindeutigkeit des Röntgenbefundes.

Hr. A. Bruck, Hr. West.

III. Hr. Waldemar Müller: **Neuartige Röntgenbilder.**

Demonstration mehrerer Bilder, die nach einem neuen komplizierten Kopierverfahren, das auf neuverwendeten physikalischen Prinzipien beruht, gewonnen wurden. Es lassen sich dadurch z. B. Herzbilder ohne den störenden Knochenschatten, selbst die Aortenklappen darstellen. Die Abzüge werden von der gleichen Platte gewonnen. Über die Methode, die sehr kompliziert ist, kann sich Vortragender noch nicht äußern.

Aussprache: Hr. Killian, Hr. Waldemar Müller.

IV. Hr. Lautenschläger: **Vorstellung eines Falles von einseitiger Ozaena.**

Eindeutige linksseitige Ozaena.

Aussprache: Hr. Killian, Hr. Sturmann, Hr. Killian, Hr. Halle, Hr. Lautenschläger.

V. Hr. Killian: a) **Fall von Kehlkopfschuß.**

Es bestand eine glottische und subglottische Stenose. Laryngofissur, Narbenexcision, wobei beide Stimmbänder und die angrenzenden Teile der Taschenbänder entfernt wurden; Laryngostoma, wobei ein Teil der äußeren Haut in den Larynx hineingezogen wurde. Später plastischer Verschluß des Stomas. Pat. hat genügend Luft und kann jetzt seinem Beruf als Schlosser nachgehen.

b) **Pharyngotomia infrahyoidea.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dieser Pat. gab an, 1904 wegen Diphtherie tracheotomiert worden zu sein. Er hat sich bei Kriegsbeginn gestellt und hat militärische Dienste geleistet. Er klagt nur über Kurzatmigkeit besonders bei Anstrengungen. Bei der Laryngoskopie sieht man folgendes: Der Larynxeingang ist sehr eng. Über den freien Rand der Epiglottis zieht sich quer eine Narbe. Die aryepiglottischen Falten stehen mit der Narbe in Beziehung, sie sind in eigentümliche Falten umgewandelt, die bei der Inspiration eingesogen werden. In der Tiefe ist ein gesundes rechtes Stimmband zu sehen, das linke, das wahrscheinlich auch gesund ist, ist verdeckt. — Es handelt sich, wie nachträglich erfahren wurde, um ein Tentamen suicidii.

VI. Hr. Weingärtner: a) **Zahn in der Nase.** 8jähriger Junge mit ausgedehnten luetischen Veränderungen im Naseninnern; außerdem sieht man rechts vorne in der Nase einen Zahn.

b) Dieser 10jährige Pat. erlitt vorigen Winter einen Schlag gegen das Hinterhaupt. 2 Monate später wurden Pulsationen der linken Halsseite bemerkt und einige Zeit später trat Heiserkeit auf. Es besteht eine **linksseitige Recurrenslähmung** und ein Aneurysma arterio-venosum zwischen Carotis und Jugularis.

VII. Hr. M. Scheier: **Fall von mächtigem Prolaps des Ventriculus Morgagni beiderseits.**

Ein 46jähriger Soldat, der im Mai v. J. plötzlich an starker Heiserkeit erkrankte. Oberhalb der Stimmbänder sieht man große hellrote Wülste, die aus den Ventrikeln heraus kommen und sich mit der Sonde teilweise reponieren lassen. Unterhalb der vorderen Kommissur sah man unter den Wülsten einen bohnengroßen Tumor, der entfernt wurde und aus unspezifischem Granulationsgewebe bestand. Es werden nächstens die Wülste entfernt, wodurch hoffentlich die Stimme besser wird.

Aussprache: Hr. Killian.

VIII. Hr. Kickhefel stellt mehrere Soldaten mit **funktioneller Aphonie** vor und bespricht hierbei die einzelnen Formen. Viele Aphonien entstehen als Folgeerscheinung von Katarrhen, wobei die Pat. infolge der früheren abnormen Stimmlippenbewegungen die richtigen Bewegungsvorstellungen verloren haben. Der laryngoskopische Befund bei den habituellen Aphonien unterscheidet sich nicht von den muskulären Paresen des Kehlkopfes. Aus den paretischen Formen kann sich unter Umständen eine spastische Form entwickeln, entweder durch übertriebene Phonationsversuche oder infolge falscher therapeutischer Maßnahmen. Die spastischen Formen müssen natürlicherweise noch schlechter werden, wenn ihnen noch neue Reize zugefügt werden (Elektrisieren etc.). Die Behandlung muß eine phonetische sein, sie dauert stets längere Zeit. Wenn man auch bei der ersten Sitzung einen Ton erzielt, so sind die Pat. noch nicht geheilt.

Aussprache.

Hr. A. Meyer hat früher bei Aphonikern elektrische Ströme angewendet, ist aber davon ganz abgekommen, da er mit der Gutzmannschen phonetischen Behandlung, die er etwas abgeändert hat, ausgezeichnete Erfolge erzielen konnte. Er legt großes Gewicht auf die Suggestion, durch die der Pat. auf seine Heilung vorbereitet wird.

Hr. Killian.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hr. Gutzmann betont wieder, daß die durch die Übung gewonnene Überzeugung die beste Suggestion ist. Die durch Elektrizität erzwungene Stimme ist ein Produkt der Angst. Viele spastische Formen, die er gesehen hat, waren ursprünglich paretisch. Die paretischen Formen können oft zur Hysterie gerechnet werden, obwohl rein hysterische Aphonien nicht so häufig gesehen wurden.

Hr. Kickhefel (Schlußwort).

IX. Hr. Halle stellt eine Pat. mit **angeborener doppelseitiger Verengerung des Naseneinganges** vor, bei der eine plastische Entfernung der hochgradigen Stenose geplant ist.

X.—XII. Hr. Halle stellt einen Fall von **Gesichtsspaltencyste** vor. Diese von Kleeberg zum ersten Mal beschriebenen Cysten sind von den radikulären Cysten zu unterscheiden. Der Tumor lag außen am Gesicht und wurde durch starken Druck nach der Nase eröffnet, wo eine Eiter sezernierende Fistel zurückblieb. Die Cyste wurde operativ entfernt.

Als zweiter und dritter Fall werden Patienten mit **Myalgien** vorgestellt. Die erste Pat. war mit schweren Kopfschmerzen in eine Klinik gekommen; es sollte eine Radikaloperation der Stirnhöhle gemacht werden, was sie aber ablehnte. Es wurde sodann von anderer Seite die Stirnhöhle endonasal freigelegt. Die Schmerzen hielten aber dauernd an. Die Schmerzen strahlten später gegen den Oberkiefer und die Zähne aus, die aber ebenso wie die Nebenhöhlen gesund waren.

Die andere Pat. bildet ein Gegenstück zur ersten. Sie kam erst gestern in Behandlung wegen starker Kopfschmerzen. Faßt man mit leichtem Druck den Cucullaris oder den Sternocleidomastoideus an, so werden starke Schmerzen geäußert. In der Nase kein wesentlicher Befund.

Dieses Krankheitsbild findet vielfach nicht die nötige Beachtung. Die Leute kommen wegen Kopfschmerzen, Druck auf den Augen, Blockadeschmerz, halbseitigem oder doppelseitigem Kopfdruck. Der Kopfschmerz ist oft in der Frühe am stärksten; manchmal besteht auch Ohrensausen, Schwindel, Erbrechen. Alle diese Fälle fallen unter den Begriff der rheumatisch-muskulären Erkrankungen und sind sehr häufig. Man kann sie durch Wärme, Massage, eventuell durch Einspritzungen von Kochsalz-Novocain nach Peritz heilen.

Aussprache: Hr. Killian, Hr. Halle, Hr. Killian.

Sitzung vom 11. November 1917.

Tagesordnung.

Hr. Killian: **Vorstellung einer Reihe von Kehlkopfschüssen in verschiedenen Stadien der Behandlung.** Die Demonstration gilt der Therapie der Kriegsverletzungen des Kehlkopfs.

Die meisten Fälle der Klinik sind ältere Fälle, viele wurden schon vorher operiert. Die unangenehmste Komplikation bei den Kehlkopfschüssen ist das Auftreten der Perichondritis. Die Infektion geschieht entweder unmittelbar durch die Verletzung oder sie gelangt später während der Nachbehandlung hinein. Was die Behandlung anbelangt, so wird zur besseren Demarkation der Herde das Albrechtsche Heißluftbad verordnet, dann kommt nur die Operation von außen in Betracht. Killian

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

macht eine rein subperichondrale Resektion des Knorpels. Auch beiderseitige Resektionen des Schildknorpels können vorgenommen werden. Röntgenbilder haben gezeigt, daß sich vom Perichondrium aus ein Knochen bildet, der ein neues Gerüst für den Kehlkopf schafft.

Was die übrigen Eingriffe, die bei Kehlkopfschüssen vorgenommen werden, betrifft, so ist die Tracheotomie zu erwähnen. Sie wird an klassischer Stelle vorgenommen. Bei Eröffnung des Kehlkopfes durch den Schuß kann gelegentlich die Kanüle in die Wunde eingesetzt werden. Dann kommt die Laryngofissur in Betracht. Sie kann schon zur Klärung der Situation notwendig werden. Am meisten wird sie als Laryngostoma zur Beseitigung von Stenosen verwendet. Für diese Behandlung kommen sowohl Schüsse durch die Vorderwand als auch durch die Hinterwand in Betracht, wo dann die Narben im Bereich der Ringknorpelplatte, übergreifend auf die Proc. vocales, sitzen. Früher hat Killian bei Anlegen des Laryngostomas die Hauträndер mit den Schleimhauträndern vernäht, ist aber davon abgekommen, da einerseits diese Nähte oft durchschneiden und weil andrerseits es vorkommt, daß nach der späteren Deckung Barthaare in das Kehlkopflumen hineinwachsen. Er verwendet jetzt gestielte freie Lappen, welche den unteren unbehaarten Halspartien entnommen werden und dann weit in das Innere des Kehlkopfes verpflanzt und mit der Schleimhaut vernäht werden können.

Sind dicke Narbenmassen im Kehlkopf, dann reicht das Laryngostoma allein nicht aus; sie müssen excidiert werden. Killian scheut sich nicht, wenn es notwendig ist, selbst gesunde Stimmlippen oder Teile der Taschenbänder zu entfernen, selbstverständlich mit Schonung der Schleimhaut. Der Aryknorpel wird nicht entfernt, damit die Hinterwand nicht ihre Stütze verliert, hingegen wird der Proc. vocalis entfernt und hierauf der ganze Stimmbandmuskel bis zum Perichondrium des Schildknorpels exstirpiert. In einigen Fällen wurde die Ventrikelschleimhaut herauspräpariert und zur Deckung eines Schleimhautdefektes verwendet. Der sorgfältig eingelegte Beuteltampon wird dann 8—10 Tage liegen gelassen. Kann der Patient später bei geschlossenem Laryngostoma nicht gut atmen, so ist er reif für den plastischen Verschluß. Es ist am zweckmäßigsten, dazu einen gestielten Hautlappen aus der Umgebung zu verwenden. Eine zwar seltene aber unangenehme Möglichkeit ist die, daß ein Teil des Ringknorpelbogens verloren gegangen ist, es müssen sich dann die Wände des Rohres stets inspiratorisch zusammenlegen und an einen plastischen Verschluß des Laryngostomas ist nicht zu denken. In solchen Fällen ist es zweckmäßig, folgendermaßen zu verfahren: Zuerst wird auf dem unteren Sternum ein haarfreies Feld geschaffen. Dann wird von der VII. oder VIII. Rippe Knorpel genommen und mit Perichondrium unter die vorbereitete Sternalhaut eingepflanzt. Sodann wird ein gedoppelter Lappen, welcher das Rippenstück enthält, gebildet und sukzessive ein langer wulstförmiger Strang geformt und zuletzt wird die Einpflanzung vorgenommen. Die Endresultate sind bei dieser Methode sehr befriedigend. Was die Stimme betrifft, so kümmert sich Killian um sie bei der Indikationsstellung, seitdem er gesehen hat, daß sie selbst bei Resektion beider Stimmbänder und Teilen von Taschenbändern wieder auftritt, gar nicht mehr.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Ausführungen Killians wurden durch Demonstrationen von zahlreichen Patienten und projizierten Bildern illustriert.

(Die Aussprache wird vertagt.)

Sitzung vom 14. Dezember 1917.

Vorsitzender: Hr. Killian.
Schriftführer: Hr. Gutzmann.

I. Hr. Lautenschläger stellt die Pat. mit **einseitiger Ozaena**, die inzwischen operiert wurde, wieder vor. In diesem Falle war keine Nebenhöhleneiterung nachweisbar. Trotzdem zeigte sich bei der Operation eine Nebenhöhlenerkrankung. Lautenschläger ist in seinen letzten Fällen etwas anders vorgegangen; er hat die Nasenschleimhaut nicht eröffnet, sondern nur die laterale Nasenwand verlagert und vom Boden der Kieferhöhle eine breite Leiste abgemeißelt, etwas in die Höhe gestellt und medial in die Nasenhöhle hineingedrückt, so daß der Nasenboden gehoben wurde. In einer zweiten Sitzung wird die Plastik gemacht, und zwar die Verbindung mit der Nasenhöhle und der orale Verschluß der Kieferhöhle.

Aussprache.

Hr. Sturmann, Hr. Lautenschläger.

Hr. Sturmann berichtigt seine in der Ozaenadiskussion gemachten Angaben über die günstigen Resultate nach seinem operativen Vorgehen. Nach der Operation waren die Symptome auffallend gebessert. Leider hielten sie nicht an und nachdem die durch die Operation gesetzten Reizerscheinungen gänzlich abgelaufen waren, stellte sich trotz der verengten Nase das alte Leiden wieder ein. Er glaubt, daß die Verengerung allein keine Heilung herbeiführen kann. Ob die Kombination mit der Behandlung der Kieferhöhle besseres leisten kann, muß erst abgewartet werden.

Hr. Lautenschläger führt aus, daß wir über die Heilungsvorgänge bei einer sich selbst überlassenen Kieferhöhle so gut wie nichts wissen und hofft, daß man durch systematische Untersuchungen der Schleimhaut und des Knochens darüber Aufschluß bekommt.

Hr. Heymann hat vor 25 Jahren eine Heilung einer Ozaena durch Verengerung der Nase infolge Ausbildung von Adenoiden gesehen und einen zweiten Fall vor 20 Jahren unter reizender Behandlung der Nasenschleimhaut ausheilen sehen.

Hr. Lautenschläger.

II. Hr. Finder stellt einen Soldaten mit einer etwas **eigentümlichen Stimmstörung** vor. Der Mann kam mit völliger Aphonie in Behandlung und es gelang in der ersten Sitzung, Stimme zu produzieren. Als er zur nächsten Behandlung kam, sprach er in sehr hoher Fistelstimme, die er seither behalten hat. Unter Herabdrücken des Kehlkopfes mit der Hand spricht er in normaler Lage, diese hält aber stets nur kurze Zeit an. Muck hat einen ähnlichen Fall beschrieben.

Aussprache: Hr. Gutzmann.

III. Hr. Weingärtner berichtet über den Jungen, den er unlängst mit linksseitiger Recurrenslähmung und einer schwürenden Geschwulst am Hals vorgestellt hat. Die Operation hat einen **Venenstein** in der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jugularis ergeben, der als Überrest einer nach einem Hieb auf den Hinterkopf entstandenen Thrombophlebitis sich ausgebildet hat.

IV. Hr. Dahmann stellt einen Fall von **einseitiger Ozaena** bei einem 5jährigen Mädchen vor.

V. Hr. Halle stellt einen Fall von **Gesichtsspaltencyste** vor der Operation vor.

Ferner wird die Patientin mit hochgradiger Verengerung des Nasenein-ganges nach der Operation vorgestellt.

VI. Hr. Killian stellt einen Fall von **Kehlkopfschuß** vor, bei dem bei zugehaltener Kanüle keine Luft durch den Kehlkopf geht. Es ist eine Kehlkopfspaltung in Aussicht genommen.

Dann wird über eine **Kriegsbronchoskopie** berichtet. Der Patient erlitt im Juli 1916 eine Zertrümmerung des Unterkiefers mit nachfolgender Sequestrierung. Im August 1916 bekam er eine Pneumonie im rechten Unterlappen, die nicht zur Lösung kam. Im Frühjahr 1917 hat er ein kleines Knochenstückchen ausgehustet. In der letzten Zeit klagt er über Kitzel im Hals. Wegen des stark eitrigen Sputums und Fremdkörperverdacht wird die Bronchoskopie ausgeführt, bei der im rechten Stammbronchus ein Knochenstück (Sequester) gefunden wird.

Aussprache.

Hr. Lautenschläger kann sich auf einen ähnlichen Fall, der jahrelang wegen Tbc. pulmonum behandelt wurde, erinnern.

Tagesordnung.

Fortsetzung der Aussprache über den Vortrag des Herrn Gutzmann über die Benennung der Kriegsaphonien.

Hr. Gutzmann: Es handelt sich darum, daß eine generelle Benennung der im Kriege entstandenen Stummheiten und Stimmlosigkeiten, für die man organische Ursachen nicht finden kann und die als psychisch oder hysterisch bezeichnet werden, zu fehlerhaften Maßnahmen führen können; zur hysterischen Aphonie z. B. gehört der Nachweis einer allgemeinen Hysterie. Gutzmann wendet sich besonders gegen die Berichte mancher Neurologen, die 100% von allen Kriegsaphonien heilen. Er hält diese Angaben für Selbsttäuschungen, da die Leute, bei denen durch schmerzhafte Applikationen von elektrischen Strömen in einer Sitzung Stimme erzwungen wurde, durchaus noch nicht geheilt sind. Besonders den Laryngologen wurde vorgeworfen, von ihnen würden derartige Aphonien gar nicht erkannt oder falsch gedeutet (Wilmanns).

Hr. Finder kann die Ausführungen Gutzmanns aus seinem nicht geringen Material bestätigen, es bleiben immerhin gewisse Fälle übrig, die der Behandlung trotzen, und zwar sind es meist die Fälle, die nicht von vornherein in laryngologischer Behandlung gestanden sind. Er regt eine Erörterung darüber an, wie solche Fälle bezüglich ihrer weiteren Dienstverwendung zu werten sind, und weist auf die auffallende Tatsache hin, daß gerade in diesem Krieg eine so große Anzahl von Aphonien beobachtet wurden, wie es auch französische und englische Berichte melden.

Hr. Gutzmann: Eines ist auffallend, daß man Aphonien bei aktiven Offizieren und Unteroffizieren nicht findet. Auch Störungen von Kommandostimme wurden im Kriege nicht beobachtet. Im übrigen wurden alle Arten von Aphonien auch im Frieden beobachtet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hr. A. Meyer führt das vermehrte Auftreten der Aphonien sowie aller übrigen funktionellen Neurosen auf die Wirkung der schweren Artillerie zurück. Die Erfolge, die er durch phonetische Behandlung erzielt hat, waren recht gute; in frischen Fällen hat er wirklich 100% Heilungen erzielt, nur bei wenigen Leuten, die schon vorher mit elektrischen Strömen behandelt waren, versagten die Maßnahmen.

Hr. Finder sagt, daß nach seinen Erfahrungen die Fälle, bei denen es sich um Schreckneurosen handelt, keine so große Rolle spielen. Seine Aphonischen sind meistens noch gar nicht aus der Garnison gekommen.

Hr. Max Scheier: Es besteht ein großer Unterschied zwischen dem Material, das er an der Front gesehen hat, und dem im Hinterland. Während es dort stets leicht gelang, die Aphonien in der ersten Sitzung zu heilen, sind die Störungen hier recht hartnäckig.

Hr. Killian unterscheidet zwei Gruppen von Aphonikern. Die einen sind die hysterischen Schreckneurosen, das sind die Flüsterer und die paretischen Formen; die anderen sind die große Kategorie derer, bei denen sich die Stimmstörung an einen Katarrh anschließt. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie bei der Stimmbildung pressen.

Im allgemeinen sind die Hysteriker leichter zu behandeln als die Stimmpresser. Killian wendet sich gegen die Vorwürfe der Neurologen. Sie können ja nie entscheiden, ob eine organische Erkrankung des Kehlkopfes vorliegt oder nicht. Es ist vor Behandlung jeder Aphonie ein genauer Spiegelbefund einzuholen. Bei der Behandlung selbst mißt Killian dem persönlichen Moment des Arztes bei der Erzielung suggestiver Wirkungen große Bedeutung bei.

Hr. Gutzmann: Ein psychologischer Unterschied, auf den die Neurologen merkwürdigerweise gar nicht aufmerksam gemacht haben, besteht darin: die weitaus meisten spastischen Aphoniker wollen, sie haben voluntas, denn sie pressen ungeheuer. Wir bezeichnen eine solche Störung von jeher als Hyperkinese. Bei den Paretikern ist meist eine Abulie, eine Willenlosigkeit, vorhanden. Die Erfahrungen, daß die habituellen Aphonien vorwiegend spastisch sind, werden von Gutzmann bestätigt, aber es sind auch Paresen dabei. M. Seemann.

Referate.

I. Allgemeines.

Über chronische Diphtherie der Haut und Schleimhäute. Von J. Kyrle. (Arch. f. Derm. 124. 1917. S. 769.)

In den meisten Fällen von Hautdiphtherie handelt es sich entweder um sekundäre Diphtherie der Haut bei bereits bestehender Rachen- und Schleimhautdiphtherie oder auch um primäre Diphtherie der Haut (Inokulationsdiphtherie) ohne sonstige Erscheinungen an den Schleimhäuten. Bei der sogenannten Wunddiphtherie wird die Form des Geschwürs von der mit Löffler-Bacillen infizierten Wunde bestimmt. Für die Hautdiphtherie charakteristisch sind der akut entzündliche Charakter der Ul-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ceration und die nekrotischen Beläge auf dem Geschwürsgrund. Baginsky weist darauf hin, daß die Allgemeinerscheinungen der Hautdiphtherie im großen und ganzen dieselben seien wie bei Rachendiphtherie. Es werden Fälle beschrieben, wo sich im Hals und Rachen keine wie immer gearteten Erscheinungen zeigen, dagegen Ulcerationen der Haut, die ausgesprochen diphtheritischer Natur sind, vorhanden sind. Daneben gibt es Fälle, in welchen Löffler-Bacillen in einem klinisch normalen Rachen gefunden werden, die also gar keine Erscheinungen machen (Fall Schottmüller). Kyrle weist darauf hin, daß zur Diagnose „Diphtherie" die Darstellung der Löffler-Bacillen aus dem Affekt in Reinkultur sowie das Tierexperiment mit dem erbrachten Nachweis der Virulenz unerläßlich sei, der bakteriologische Deckglasbefund sei zu wenig.

Die Prognose der akuten Hautdiphtherie ist, wenn keine Komplikationen eintreten, günstig. Was die Erfolge der Serumtherapie betrifft, so sind diese nicht einheitlich. Schucht beschreibt Fälle, die gar nicht reagieren, Leick und Müller sprechen von einer prompten Beeinflussung in günstigem Sinne. Aus dem bisher Gesagten geht hervor, daß wir in der Regel bloß Fälle von akuter Diphtherie gesehen haben, während Angaben über chronische Hautdiphtherie fehlen. Kyrle beschreibt nun einen Fall von chronischer Hautdiphtherie bei einem 37jährigen Patienten, der monatelang antiluetisch behandelt worden war und mit seinen ungemein torpid verlaufenden Erscheinungen das Bild einer chronischen Diphtherie bot.

Es bildete sich ein intensiv schmerzendes Ulcus auf der Oberlippe, bald darauf traten Geschwüre am Naseneingang und an den Tonsillen auf. Luesbehandlung. Wassermann negativ. Verdacht auf chronischen Rotz erwies sich als falsch. Nach 6 Monaten kam Patient auf die Klinik. Es fand sich ein kronenstückgroßer, mit Epithelwucherungen bedeckter Herd, der bis an das Lippenrot reicht und sich palpatorisch als matsches, weiches Infiltrat erweist. Ein entzündlicher Rand fehlt. Der Grund des Herdes besteht aus braunroten, warzigen Granulationen, die bei Berührung leicht bluten. Dieselben Veränderungen zeigen sich an der Innenfläche der beiden Nasenflügel, weit nach innen reichend, auch am Nasenboden und wuchern so stark, daß es zu einer Verengerung des Naseneingangs kommt. Auf Tonsillen und Gaumenbögen kleine, scharf begrenzte Geschwüre mit belegtem Grund. Uvula erscheint wie angenagt. Fieber besteht keines und bestand nach Angabe des Patienten nie. Löffler-Bacillen sind sowohl im Deckglaspräparat als auch kulturell nachweisbar und zeigen sich im Tierexperiment als für das Tier in hohem Grade pathogen. Auch in den Granulationen der Nase und den Geschwüren der Tonsillen sind Löffler-Bacillen nachweisbar. Als Nebenbefund kommt den vorge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fundenen Staphylokokken keine Bedeutung zu. In der Tiefe des Oberlippenhautherdes ebenfalls Diphtheriebacillen. Histologisch im Infiltrat auffallend viele Plasmazellen, so daß man geradezu von einem Plasmom reden kann. Die Diphtheriebacillen finden sich im Gewebe nicht in Häufchen, sondern vereinzelt. Nachdem Patient auf Serum- und Milchinjektionen, abgesehen von vorübergehenden Temperatursteigerungen, nicht reagiert, mußte zur Lokalbehandlung geschritten werden. (Verätzung des Geschwürs mit Lapisstift, Pinselung der Tonsillen täglich abwechselnd mit Jodtinktur und 10%igem Lapis.) Patient wurde schließlich gebessert entlassen.

Kyrle sieht in dem ganzen Fall eine abnorme Reaktion des gesamten Organismus auf die eingedrungenen Diphtheriebacillen. Es bestand jedenfalls zuerst die Racheninfektion und kam es dann zu einer Inokulationsdiphtherie der Haut. In den meisten Fällen reagiert der Organismus mit einer akuten Entzündung der Haut und mit allgemeinen Erscheinungen, in diesem Fall handelt es sich offenbar um ein Fehlen des Toxins im Organismus, daher Versagen der Antitoxintherapie, Fehlen des Fiebers und allgemeiner Erscheinungen, mithin um eine abnorme Reaktion unter dem Bilde der chronischen Diphtherie. Walter Weiss.

Ein Fall von komplettem Pseudohermaphroditismus masculinus. Von Poul Moller. Kopenhagen. (Virch. Arch. 223. H. 3. Nr. 19. S. 363. 1917.)

Verfasser beschreibt einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus bei einer 49jährigen Dienstmagd und schenkt sein besonderes Interesse dem Larynx, dessen Maße eine eigentümliche Vermischung aufweisen, indem zwar die meisten deutlich männlich, einige aber unbedingt weiblich sind. Die äußere Form mit dem etwas hervortretenden Pomum Adami ist männlich, wie auch die Stimme grob war. Die Verknöcherung des Larynx findet nach männlichem Typus (Chievitz) statt. Auch in dieser Beziehung findet man eine kleine Abweichung in weiblicher Richtung, da nämlich keine Andeutung von Verknöcherung in der Trachea angefangen hat.

(Nach Chievitz findet man an dieser Stelle anfangende Verknöcherung bei den meisten Männern über 40 Jahre und es soll von dieser Regel nur ganz vereinzelte Ausnahmen geben. Bei Weibern hingegen findet man nur ganz ausnahmsweise Verknöcherung in der Trachea vor dem 60. Lebensjahr.) Wiethe.

Über das Verhältnis des N. recurrens zur gutartigen Struma und ihrer Operation. Von Cisler. (Čas. lék. česk. 1919. Nr. 14—16.)

Auf Grund der Untersuchung von 75 Strumafällen vor und nach der Operation kommt Cisler zu folgenden Schlüssen:

Recurrensstörungen vor der Operation zeigen sich bei der gutartigen Struma häufiger (4%), als man meint, und zwar vor allem bei der kolloidalen Struma.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Recurrensstörungen nach der Operation zeigen sich in mehr als der Hälfte der Fälle, und zwar in verschiedenen Stadien der Lähmung. Komplette Lähmung tritt bei 5,32% ein, wohl infolge Kontinuitätstrennung des Nerven.

Die Ursache der Recurrensschädigung bei erhaltener Kontinuität des Nerven sind mechanische Insulte bei der Operation.

Die Prognose ist in der großen Mehrzahl der Fälle günstig. In den ungünstigen Fällen tritt oft eine funktionelle Kompensation des gesunden Stimmbandes ein.

Die Atembeschwerden nach Strumektomie bei normaler Trachea sind in der Mehrzahl subjektiver Natur. Wodak, Prag.

II. Nase und Nebenhöhlen.

Beitrag zur Kenntnis des Exophthalmus bei Nebenhöhlenerkrankung. Von Prof. Zade, Heidelberg. (Zschr. f. Aughlk. 1918. H. 3.)

Verfasser berichtet über einen 35 Jahre alten Patienten, bei dem seit zwei Wochen das linke Auge allmählich vorgetreten ist. Gleichzeitig traten Doppelbilder auf. Seit längerer Zeit leichter Schnupfen und geringe Schmerzen über dem linken Auge. Der Bulbus ist reizlos, nicht druckempfindlich, die Sehschärfe etwas herabgesetzt, mäßiges Ödem des linken Oberlides. Keine Anhaltspunkte für Lues und Tuberkulose. Röntgenologischer Befund vollkommen negativ, rhinologische Untersuchung ergab normale Verhältnisse.

Auf Jodkalibehandlung: 10,0 : 200,0, 3 Eßlöffel täglich, geht der Exophthalmus etwas zurück. Nach einer Woche leichte Temperatursteigerung, die etwa 14 Tage dauerte. Hierauf erhobene rhinologische Untersuchung ergab eine etwas stärkere Verstopfung der linken Nasenhöhle, die linke Choane zeigte drei kleine Wülste, von denen der mittlere tumorartig aussah. Nun wurde Verdacht auf Sarkom der hinteren Siebbeinzellen geschöpft. Bei der Probeexcision entleerte sich aus der Vorwölbung reichlich gelbliche fadenziehende Flüssigkeit. Es handelte sich um eine Mucocele des Siebbeins. Gleichzeitig mit der Entleerung ging der Exophthalmus fast momentan zurück. Dernovsek.

Mucocele der Stirnhöhle und des Siebbeinlabyrinths mit plötzlichem hochgradigen Exophthalmus. Von H. Kuhns. (Zschr. f. Aughlk. 33. S. 64.)

Bei einem 18 Jahre alten Patienten entwickelte sich infolge einer starken Verletzung vor zwei Jahren, welche die rechte Stirngegend betroffen und eine traumatische Sinusitis sowie eine Fissurierung des Orbitaldaches, wahrscheinlich auch des Ductus nasofrontalis erzeugt hatte, eine Mucocele der Stirnhöhle, die allmählich auch die vorderen und mittleren Siebbeinzellen mitumfaßte. Der hohe Druck in der Mucocele führte zur partiellen Einschmelzung der Fissurränder und somit zur Verbreiterung des Knochenspaltes. In diesen drängte sich die Stirnhöhlenschleim-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haut hernienartig hinein und wurde bei zufälligen sehr starken körperlichen Anstrengungen von den gratartigen Spitzen eingeritzt. Infolge dessen trat Mucoceleninhalt zwischen Periorbita und Knochen, welche beide durch die hernienartige Vordrängung der Schleimhaut bereits ihren Kontakt in umschriebener Ausdehnung verloren hatten. Der profuse Erguß veranlaßte die totale Abhebung der Periorbita vom Septum orbitale einerseits bis zum Foramen opticum und zu den Fissurae orbitales andrerseits. Hierdurch mußte fast sofort hochgradiger Exophthalmus auftreten.

Im Anschluß an diesen Fall bespricht der Verfasser die Ätiologie und Genese der Mucocele.

Die entzündlichen Prozesse in den Nebenhöhlen verlaufen oft unter stürmischen Erscheinungen, indem sie subperiorbitale Eiterungen mit sekundären Infiltrationen des Orbitalgewebes und der Lider, mitunter mit Fistelbildung, oder sogar eitrige Einschmelzung des Orbitalgewebes zur Folge haben. Die Mucocelen oder Hydropsien entwickeln sich jedoch allmählich, weshalb sie oft ohne jede subjektive Beschwerde verlaufen. Die Ursache ersterer sind die mehr oder minder virulenten Keime, die von der Nase in die Nebenhöhlen dringen und Entzündungen hervorrufen, welche dann auf die Orbitalwände übergreifen, die Ursache der letzteren fast immer Traumen mit Schädigungen des Periosts, des Knochens und der Schleimhaut, sowohl des Sinus wie des Ausführungsganges. Die Mucocelen wurden vorwiegend in den Stirnhöhlen, seltener in den vorderen und mittleren Siebbeinzellen und nur ganz ausnahmsweise in den hinteren Siebbeinzellen und in den Keilbeinhöhlen beobachtet.

Ein Trauma traf den inneren oberen Augenwinkel oder die Nasenwurzel oder die Glabella. Dabei kam es zu einer Zerreißung oder Quetschung der Schleimhaut der Stirnhöhle, des Ductus nasofrontalis oder der Siebbeinzellen, zu Blutungen in das mucöse Gewebe, in den Höhlenraum oder zwischen Periost und Knochen, oder es erlitt endlich der Knochen selbst an der betreffenden Stelle eine erhebliche Kontusion, Fraktur oder Zersplitterung, wobei die immer sich anschließende Periostitis oder Ostitis eine wesentliche Miterkrankung der die Höhle bzw. den Ausführungsgang auskleidenden Schleimhaut zur Folge hat. Die Verletzung braucht auch die vordere Knochenlamelle der Stirnhöhle nicht direkt getroffen zu haben, sondern es genügt sogar eine starke Erschütterung eines entfernten Teiles, z. B. eines Schläfenteiles. Verfasser erklärt diese Fälle durch eine in der Knochensubstanz fortgeleitete Commotion, der sich Entzündung oder partielle Nekrose anschließt.

In anderen Fällen, wo kein ursächliches Trauma vorliegt, müssen wir eine cystische Degeneration der Schleimhaut annehmen oder eine primäre Blutung im Sinus, vielleicht auch eine örtlich bedingte Periostitis im

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Canalis nasofrontalis. Kommt es zu keiner Infektion, so kann die Knochenverletzung unter Umständen ausheilen. Sehr oft aber entwickelt sich trotz scheinbarer Heilung eine chronische Entzündung im Knochen und in der Höhlenschleimhaut und es schließt sich der Ausführungsgang periodisch oder dauernd. Es kommt nun zu Sekretstauung und infolge des zunehmenden Druckes zum Schwund der knöchernen Substanz, und zwar zunächst an der dünnsten Stelle oder an der Stelle der verletzten Partie und so kommt es zu einer Verdrängung des Orbitaldaches, später erst zu Vorwölbung der vorderen Stirnhöhlenwand. Die flächenhafte Verdünnung oder Vorwölbung der vorderen oder unteren Knochenwand der Stirnhöhle sichert, wenn Traumen ausgeschlossen werden können, die Diagnose auf Mucocele fast absolut. Dazu kommt noch, wenn die Verdünnung stark entwickelt ist, das bekannte Knistern bei der Palpation. Wenn nun die Knochensubstanz gänzlich geschwunden ist, so liegt die prallelastische, mehr oder weniger prominierende Geschwulst unmittelbar unter der Haut.

Das Volumen der Mucocele kann auch Schwankungen unterworfen sein, indem sich durch Nies- und Schneuzbewegungen ein Teil des Inhalts entleert. Der Verschluß des Ductus nasofrontalis ist nicht immer anatomisch, sondern oft durch ventilartige Falten- und Klappenbildung bedingt.

Die bei den Mucocelen beobachteten Allgemeinbeschwerden sind zumeist ganz unbedeutend. Die Kranken klagen wohl gelegentlich über dumpfe Eingenommenheit, Völle und Druck in der Stirne. Cerebrale Störungen sind jedoch auch in den Fällen nicht beobachtet worden, in welchen alle Knochenwände der Stirnhöhle, auch die hintere nach der Hirnoberfläche, geschwunden und stark ausgedehnt waren, vielleicht weil die Anschwellung allmählich entsteht und das Gehirn sich an den langsam zunehmenden Druck gewöhnt.

Die Folgen einer Mucocele können Vordrängen des Augenhöhleninhalts und des Augapfels, Störungen in der Beweglichkeit und der Funktion des letzteren und Störungen in der Ableitung der Tränenflüssigkeit sein.

Therapeutisch kommt bei allen auf das Siebbein beschränkten Mucocelen die weite endonasale Eröffnung in Frage. Bei den Mucocelen der Stirnhöhle resp. der Stirnhöhle plus Siebbeinzellen wird die Eröffnung von außen mit temporärer osteoplastischer Resektion der Vorderwand kaum zu umgehen sein. Dernovsek.

Über Nasen- und Gesichtsplastik. Von Dr. F. Brüning. (Bruns kriegschirurg. Hefte. 12. 1918.)

Verfasser beschreibt an der Hand einiger Fälle sein Vorgehen bei seitlichen Defekten der Nase, welche durch primäre Naht nicht gedeckt werden können. Besonderes Gewicht wird auf den Ersatz des Schleimhautdefektes durch äußere Haut gelegt, so daß im Wesen eine Doppelung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der gestielten Lappen in der Weise erfolgt, daß die Epidermis des inneren Lappens dem Naseninnern zugekehrt ist. Die Plastik wird mit Hautlappen aus der Stirne in 2 Akten durchgeführt. Nach Anfrischung des seitlichen und des unteren Defektrandes und guter Mobilisierung der Haut wird ein entsprechend großer Stirnhautlappen in den Defekt heruntergeklappt und mit den angefrischten Rändern so vernäht, daß die Epidermis nach innen sieht. Bei schmalen Defekten wird der Stiel durchtrennt und womöglich die Vereinigung der seitlichen mobilisierten Hauträndер direkt über dem so heruntergeklappten Stirnlappen bis zu dessen Stiel angestrebt. Nach 3 Wochen Durchtrennung des Stieles. Bei breiten Defekten wird 3 Wochen nach dem 1. Akt der Stirnlappen nahe seiner Basis durchtrennt, gedoppelt und in den unteren Teil des Defektes eingenäht. Nach weiteren 3 Wochen wird der Lappen an seiner Umschlagstelle durchtrennt und nun werden beide Blätter des gedoppelten Lappens in den vorher angefrischten oberen Defektrand genäht. (3 Fälle reaktionslos und ohne Entstellung geheilt.) Im Anschluß daran beschreibt Verfasser einen besonders schwierigen Fall einer Schußverletzung mit Verlust des vorderen Teiles des Oberkiefers, der nach Lexer und der italienischen Methode kombiniert operiert mit gutem kosmetischen Resultat heilte. Josef Kraus.

III. Mundhöhle, Rachen, Nasenrachen, Hypophyse.

Plastik bei penetrierendem Wangendefekt und nachfolgender narbiger Kieferklemme, insbesondere nach Schußverletzungen. Von v. Hacker. (Bruns kriegschirurg. Hefte. 3. 1916.)

Verfasser berichtet über sein Verfahren zur Deckung von Defekten der Wange in ihrer ganzen Dicke nach Schußverletzungen, wobei jene Defekte, welche der Plastik bedürfen, dem Ausschuß entsprechen. Hackers Verfahren knüpft an das Israelsche Verfahren der Bildung eines langen gestielten Lappens aus der Halshaut an. Israels Lappen entspricht nicht immer den Erwartungen, da die Ernährungsverhältnisse oft ungenügend sind und Gangrän bedingen. Hackers Verfahren beginnt mit der Bildung des Israelschen Lappens aus der Haut des Halses mit dem Stiel vor oder unter dem Ohr; es unterscheidet sich aber dadurch, daß der mit der Epidermisfläche zum Ersatz der Schleimhaut in den angefrischten Wangendefekt genähte Lappen unter eine Hautbrücke zu liegen kommt, welche aus der zwischen Defekt und Lappenbasis gelegenen äußeren Haut durch Unterminierung gewonnen wird. Da der Israelsche Lappen dadurch gewissermaßen 2 Ernährungsbrücken erhält, sind die Aussichten besser. Nach 14—17 Tagen wird die unterminierte Hautbrücke als Lappen zur Deckung des äußeren Hautdefektes im vorderen Anteil verwendet; gleichzeitig erfolgt die Stieltrennung, aber nicht am Hals, sondern ent-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprechend dem hinteren Rand des Wangendefektes, so daß der Wangendefekt auch hinten verschlossen wird. Der verbleibende Rest des Israelschen Lappens wird zur Dopplung und Deckung des noch bestehenden äußeren Hautdefektes verwendet.

Vorteile des Verfahrens:

1. bessere Ernährung des Israelschen Lappens;
2. geringere Größe desselben;
3. infolge der Durchtrennung des Israelschen Lappens am hinteren Rand des Wangendefektes ist der von der neuen Ernährungsbrücke zu speisende Lappen kleiner, daher günstiger gestellt;
4. die ganze Operation ist in 14—17 Tagen beendet.

Nachbehandlung: Bis zum Abschluß der Mundhöhle müssen die Pat. mit der Schlundsonde ernährt werden.

Verfasser erläutert sein Verfahren mit instruktiven Skizzen an der Hand von 3 Schußverletzungen. Josef Kraus.

Die Patho-Histologie der Gingivitis leucaemica. Von W. Bauer. (Zschr. f. Mund- u. Kieferchir. 2. H. 4.)

Bauer gibt zunächst einen kurzen historischen Überblick über die Auffassung der Gingivitis leucaemica und bespricht dann einen eigenen Fall einer 30jährigen Pat, den makro- und mikroskopischen Befund der Mundschleimhaut. Bei letzterem ist besonders zu betonen, daß keinerlei entzündliche Erscheinungen vorhanden sind, im Gegenteil eine Gefäß- und Bindegewebsverödung in der Gingiva entstanden ist durch ein aus lymphatischem Gewebe bestehendes Infiltrat. Dieses ist die Ursache der ungewöhnlich starken Schwellung des Zahnfleisches, dessen Oberfläche dadurch übermäßig gespannt, nahe dem Bersten war. Dieser Befund gibt auch eine Erklärung für das Fehlen von Blutungen im Zahnfleisch, die nach der üblichen Ansicht bei der lymphatischen Leukämie auftreten sollen. Bauers Untersuchungen bestätigen aufs neue die Ansicht von Askanazy, daß die Schwellung und der Zerfall des Zahnfleisches lediglich die Folgen einer lymphomatösen Infiltration sind. Cäsar Hirsch.

Über das Vorkommen von Riesenzellen in der Hypophyse. Von M. Simmonds, Hamburg. (Virch. Arch. 223. H. 3. Nr. 14. S. 281. 1917.)

Verfasser konnte in seltenen Fällen (unter 2000 bloß 4mal) in der Hypophyse älterer Frauen echte Riesenzellen von ausgesprochenem Langhans-Typus nachweisen, die teils in intaktem Drüsengewebe, teils in Herden von Lymphocytenansammlungen und epitheloiden Zellen vorkamen. Die Herde zeigen große Ähnlichkeit mit Miliartuberkeln, haben aber weder mit Tuberkulose noch mit Syphilis etwas zu tun, noch sind die großen Zellen als Fremdkörperriesenzellen zu deuten. Es handelt sich um

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bildungen sui generis, die wahrscheinlich durch den Reiz von Sekretionsanomalien unbekannter Art innerhalb des Organs veranlaßt sind.

Wiethe.

Zwergwuchs und Hypophyse. Von S. Bondi. Demonstration in der Wiener Gesellschaft der Ärzte am 23 XI. 1917. (W. kl. W. 1917. Nr. 49.)

Vortragender demonstriert einen 29jährigen Patienten von 147 *cm* Länge und femininem Habitus bei sonst proportioniertem Körperbau. Röntgenologisch findet sich ein Hypophysentumor, der die ganze Keilbeinhöhle ausfüllt, außerdem Vergrößerung der Schilddrüse mit Kompression der Trachea. Vortragender ist der Meinung, daß es sich um eine Entwicklungshemmung handle, mit konsekutiven pathologischen Vorgängen in den weniger widerstandsfähigen endokrimen Organen.

Genz.

IV. Kehlkopf.

Ein Beitrag zu den Schußverletzungen des Kehlkopfs und der Luftröhre im Felde. Von Dr. Wildegans. (Bruns kriegschirurg. Hefte. 49. 1918.)

Verfasser berichtet über seine diesbezüglichen Erfahrungen an der Hand von 24 Schußverletzungen (16 Larynx, 8 Trachea), welche er am Hauptverbandplatz zu beobachten Gelegenheit hatte. Er teilt dieselben ein in penetrierende (mit Verletzung der Schleimhaut) und nicht penetrierende, bei welchen die Schleimhaut nicht verletzt ist, und Larynx und Trachea durch die Zerstörungen in der unmittelbaren Nachbarschaft in Mitleidenschaft gezogen sind. Die Schußrichtung ging selten von vorne nach hinten, weil in diesen Fällen auch Oesophagus, Wirbelsäule und Rückenmark verletzt werden und solche Verletzungen schon am Schlachtfelde zugrunde gehen. Längsdurchschüsse (Gesicht, Thorax, Anschlagstellung des liegenden Schützen) überspringen häufig die Halsorgane ohne Verletzung des Larynx oder der Trachea. Dagegen waren Durchschüsse in querer oder schräger Richtung häufig, wobei der Schußkanal infolge der großen Verschieblichkeit der Halsorgane nicht immer gerade verlaufen ist. Als direkte Symptome nach der Verletzung werden angeführt: Oft Bewußtlosigkeit, geringe Blutung durch die äußeren Wunden, Bluthusten. Atemnot, Emphysem, Sprachstörungen, Schluckbeschwerden. Die anatomischen Veränderungen hängen ab von der Geschoßart: Infanteriegeschoß — glatte Durchschüsse, Schrapnellkugeln bleiben oft in den Weichteilen stecken und veranlassen Kompressionserscheinungen, Granatsplitter setzen die schwersten Verletzungen. Die Infektion der Wunde selbst ist nicht häufig, dagegen spielt die Aspiration mit ihren bekannten Folgen eine große Rolle. Am häufigsten ist der Schildknorpel getroffen (10mal). Von den 16 Larynxschüssen waren 14 perforierend, von 8 Trachealschüssen 7. 19 wurden außer Lebensgefahr abtransportiert, 5 sind gestorben. Bei den

Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Larynxverletzungen wurde 4mal tracheotomiert (darunter 1 Todesfall, gleichzeitige Oesophagusverletzung, Aspirationspneumonie). Von den 8 Trachealverletzungen wurden 6 operiert (1 Todesfall durch Hämorrhagie aus der V. anonym. sin.). Die Tracheotomie wurde gewöhnlich prophylaktisch ausgeführt; dieselbe ist indiziert, in allen Fällen, welche erfahrungsgemäß zu das Leben bedrohenden Komplikationen von seiten der Lungen führen, ferner bei allen Schußverletzungen des Larynx und der Trachea, bei welchen als Endresultat der Heilung erhebliche Stenosen im Bereiche des Kehlkopfes oder der Trachea zu erwarten sind. Zur Verhütung letzterer kommt das Einlegen von Thostschen Bolzen oder die Tamponade des Larynx von der Tracheotomiewunde aus in Betracht.

Josef Kraus.

Kehlkopfschüsse. Berichterstatter Killian. Verhandlungen der zweiten Kriegschirurgentagung, Berlin 1916. (Bruns kriegschirurg. Hefte. 2. 1916.)

Die Schußverletzungen betreffen den Larynx mittelbar oder direkt. Im ersten Fall handelt es sich um Schädigungen der Nerven, besonders des Rekurrens, oder um Streifschüsse, Prellschüsse und überhaupt regionäre Verletzungen, welche den Larynx durch Hämatom oder Ödem schädigen. Die direkten Kehlkopfschüsse teilt Verfasser ein in kleine (Gewehr-, Schrapnellkugeln, kleine Granatsplitter) und große Schußverletzungen (Querschläger, Explosivgeschosse etc.).

Die kleinen Kehlkopfschüsse teilt Verfasser auf Grund eines Materials von 63 Fällen ein in:

1. Schüsse des Kehlkopfeinganges: betreffen die Epiglottis und die aryepiglottischen Falten. Symptome: Schluckbeschwerden, geringe Atemnot, selten Stimmstörungen. Die Therapie stellt nur dann besondere Aufgaben, wenn eine Mitverletzung des Rachens vorliegt.

2. Schüsse des oberen Kehlkopfraumes: bis zum Niveau der Taschenbänder. Symptome: Schluckbeschwerden, Stimmstörungen, zunehmende Atemnot, aber selten bis zur Notwendigkeit der Tracheotomie (4mal in 22 Fällen). Diese Verletzungen neigen sehr zur Infektion vom Rachen aus (11mal in 22 Fällen), als deren Folge sich Perichondritis des Schildknorpels ausbildet. In diesen Fällen waren oft mehrfache Operationen von außen nötig.

3. Schußverletzungen des mittleren Kehlkopfraumes (17 Fälle): betreffen das Gebiet der Stimmlippen, welche sehr oft im vorderen Anteil (8mal), seltener in der Mitte oder hinten verletzt werden. Häufig resultieren Verwachsungen, welche operativ gelöst werden müssen. Symptome: sofort eintretende Stimmstörungen, Atemstörungen, welche aber nur selten zur Tracheotomie führen (3 Frühtracheotomien).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Schußverletzungen des unteren Kehlkopfraumes (18 Fälle): betreffen den subglottischen Raum. Eine eigene Gruppe bilden die hinteren subglottischen Schüsse, welche die Ringknorpelplatte, die Basis der Aryknorpel und ihre Gelenke betreffen und ausgedehnte Narben mit Fixation der Aryknorpel und der Stimmlippen in Posticusstellung bedingen. Symptome: rasch auftretende Atemnot, Hautemphysem, Schluckbeschwerden, Stimmstörungen. Von den 18 Fällen mußten 12 frühtracheotomiert werden und wurden dauernde Kanülenträger. Die Behandlung bestand meistens in Laryngofissur, Exzision der Stimmlippen oder submuköser Resektion.

Die großen Schußverletzungen erreichen die Heimatspitäler anscheinend nur dann, wenn die vorderen Abschnitte verletzt sind. Von 87 Fällen mußten 31 (= 35%) tracheotomiert werden, 5 sind an Mitverletzungen von Halsmark, Oesophagus, Schilddrüse, Lunge, Mediastinum gestorben. Josef Kraus.

V. Trachea, Bronchien, Oesophagus.

Ein Fall von Heilung einer Dislokation der Trachea durch Fibrolysin. Von Javurek (Klinik Prof. Dr. Kutvirt, Prag). (Čas. lék. česk. 1919. Nr. 28.)

Verfasser gibt zunächst einen Überblick über die Ursachen von Verengerungen und Dislokationen der Trachea und bespricht sodann die Einführung des Thiosinamins und seine Verwendbarkeit auf Grund der vorliegenden Literatur. Verfasser hatte Gelegenheit, im Jahre 1913 an einem Falle das Fibrolysin auszuprobieren. Es handelte sich bei einer 31jährigen Patientin um eine infolge postoperativen Narbenzuges stark nach links deviierte Trachea, die seit 2 Jahren auch bei geringer Anstrengung hochgradige Atemnot verursachte. Laryngoskopisch war außerdem eine leichte Schwäche des rechten Stimmbandes bei der Adduktion zu beobachten (Fixierung!). Verfasser gab im Verlaufe von 4 Wochen 10 subkutane Injektionen von Fibrolysin Merck (in Ampullen zu 2,3 cm^3). Der Zustand besserte sich daraufhin ganz auffallend, Patientin hatte nur mehr bei schwerer Arbeit geringe Atemnot. Auch objektiv (laryngoskopisch und röntgenologisch) jetzt normaler Befund. Irgendwelche Folgen außer Schmerzhaftigkeit der Stichstelle hat Verfasser von Fibrolysin nicht beobachtet. Wodak, Prag.

Zur Kasuistik der Oesophagusmyome; ein Beitrag zur Lehre der Myome. Von Dr. Erwin Bauer, Temesvar. (Virch. Arch. 223. H. 1. Nr 14. S. 34. 1917.)

Verfasser bringt 2 Fälle von Oesophagusmyomen, deren relativ seltenes Auftreten er hervorhebt. Im ersten Fall handelt es sich um einen pflaumengroßen Tumor im oberen Drittel an der Hinterwand des Oesophagus, im zweiten um einen nicht ganz linsengroßen Tumor in der Mitte des unteren Drittels gleichfalls an der Hinterwand. Besonders dieser zweite

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fall scheint dem Verfasser für die Lehre der Genese der Myome besonders interessant. Er zieht aus dem histologischen Befund den Schluß, daß die Entstehung des Myoms durch eine zu einer Gewebsverschiebung führende Entwicklungsstörung bedingt wurde, daß der Tumor nicht aus dem verlagerten Bindegewebe, noch aus der verschobenen Muskularis, sondern aus mehreren Zentren um die Kapillaren entstanden sei, und zwar derart, daß die Myomzellen von den aus den Kapillaren ausgewanderten Leukocyten herstammen. Wiethe.

Zur Diagnose und Tuberkulinbehandlung des tuberkulösen Oesophagusgeschwüres. Von Prof. Hans Curschmann. (Beitr. z. Klin. d. Tbc. 1917. 36. S. 813.)

Es handelte sich um ein familiär nicht tuberkulös belastetes Mädchen, das mit 12 und 14 Jahren an sicher tuberkulöser Peritonitis, mit 18 Jahren an Pleuritis sicca und mit 25 Jahren an einem ebenfalls sicher tuberkulösen Ulcus des Cervix uteri gelitten hatte, von diesen tuberkulösen Erkrankungen aber klinisch restlos geheilt wurde. Mit 27 Jahren erkrankte Pat. ohne jeden äußeren Anlaß an rasch eintretenden und sich steigernden, sehr schmerzhaften Schlingstörungen, welche von ihr unter das Brustbein lokalisiert wurden, bald zur völligen Schluckunfähigkeit fester, breiiger und vieler flüssiger Speisen führen. Bei Sondierung kurz vor der Cardia verzögerte, aber noch mögliche Passage des dünnsten Magenschlauches. Im Röntgenbild enge Stenose des Oesophagus dicht oberhalb des Zwerchfells, darüber geringe, spindelförmige Erweiterung; Tuberkulinprobe — mit T. Rosenbach — stark positiv (positive Allgemein- und Herdreaktion des stenosierten Oesophagusteiles). Auf eine $3^1/_2$ Monate währende Tuberkulin-Rosenbach-Behandlung völlige klinische Heilung der Oesophagussymptome, die auch röntgenologisch zurückgehen, bezüglich der Stenose selbst verschwinden. — Die Diagnose tuberkulöses Speiseröhrengeschwür wurde aus dem Ausfall der Tuberkulinprobe und ex juvantibus und per exclusionem gestellt. Curschmann weist besonders darauf hin, daß der beschriebene Fall der erste von primärer Speiseröhrentuberkulose sei, während die bisher beschriebenen Fälle von Speiseröhrentuberkulose (H. Schrötter etc.) sämtlich sekundär waren. Der Schluß der Arbeit ist der Differentialdiagnose dieses Symptomenkomplexes gewidmet.

F. Vollbracht-Wien.

VI. Hals, Schilddrüse, Thymus, Mediastinum.

Drei Halsschüsse (darunter ein Fall von Aneurysma der Carotis communis, operiert von Oberarzt Dr. Foerster). Von StA. d. R. Doz. Dr. Albert Blau. (Zschr. f. Ohrhlk. 77. H. 4. 1918.)

Es handelt sich in Fall 1 und 2 um eine Schädigung des Recurrens und offenbar eine durch die Vernarbung des am Kehlkopf in leicht schräger Richtung von vorn nach hinten vorbeiziehenden Schußkanals bedingte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

narbige Fixation nach anfänglicher Schwellung und Blutung in dessen Verlauf und Umgebung. Trotz Verletzung von Carotis und Jugularis ist der Vagus gut fortgekommen. Der 3. Verwundete zeigt das klare anatomische wie klinische Bild des Durchschusses des Kehlkopfes, und zwar eines Schrägschusses durch den hinteren unteren Kehlkopfraum.

Ernst Urbantschitsch.

Desquamation und Sekretion in der Glandula thyreoidea. Von Prof Alfred Guillebeau, Bern. (Virch. Arch. 1917. 224. H. 2. Nr. 7. S. 217.)

Verfasser konnte in einer früheren Arbeit zeigen, daß bei Wegfall des strömenden Blutes, z. B. bei Unterbindungen, Kompression, Stase, ferner bei Peritonitis, Metritis etc. in den Alveolen der Milchdrüse sich eine große Menge von Drüsenepithelien ansammelt. Diese zerfallenden, desquamierten Epithelien liefern das Ferment für die katalytische Veränderung des transsudierten Blutplasmas.

Die Schilddrüse ist ein Organ, in dem die Abstoßung von Drüsenepithelien einen allgemein bekannten Vorgang darstellt und Verfasser will in seiner Arbeit untersuchen, welche Beziehung dieser Vorgang zur Blutzirkulation hat.

Zellenvermehrung ohne strömendes Blut beobachteten Alexis Carrel und Montrose T. Burrow bei ihren Kulturversuchen. Auch Verfasser kann an lebensfrischen Stücken der Thyreoidea des Rindes, des Pferdes und des Schweins bei 38° Temperatur im Wärmeschrank nach 24 und 48 Stunden eine Zellenvermehrung im Epithel der Follikel konstatieren. Nach 2 Tagen ist der Epithelbesatz meistens desquamiert und mazeriert, der Follikelinhalt in das Follikelmedium übergetreten.

Verfasser erachtet auch bei der Schilddrüse die abgestoßenen Epithelien als zur Entstehung des Kolloidferments (als Katalysator) notwendig. Das Schilddrüsensekret entsteht durch seine Einwirkung aus den transsudierten Blutbestandteilen. Es ist also normale Zirkulation zur Sekretion notwendig.

Am Schluß der Arbeit werden die Auffassungen verschiedener Autoren über den Sekretionsvorgang in der Thyreoidea besprochen. Wiethe.

Thymusstudien. VI. Eine menschliche Hungerthymus. Von Prof. Dr. Karl Hart, Berlin-Schöneberg. (Virch. Arch. 1917. 224. H. 1. Nr. 7. S. 72.)

Verfasser hatte Gelegenheit, die Thymus eines verhungerten Kindes zu studieren, findet vollkommene Analogie mit seinen Tierexperimenten und kommt zu dem Schluß, daß die bei Hungerzustand stürmisch einsetzende, später langsamer erfolgende Atrophie der Thymus nur auf einer endogenen Giftbildung beim Hungerstoffwechsel beruhen kann. Wiethe.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

Aus der Ohrenstation des Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien
(Vorstand: Doz. Dr. E. Urbantschitsch).

Über offene Wundbehandlung bei beginnender Komplikation (seröser Meningitis, Hirnödem, Labyrinthitis) nach Totalaufmeißelung der Mittelohrräume.

Von Doz. Dr. **Ernst Urbantschitsch.**

Bei der Nachbehandlung von Radikaloperationswunden stehen die Anhänger der Tamponade den Verfechtern der tamponlosen Behandlung im allgemeinen schroff gegenüber. In jüngerer Zeit scheinen letztere an Anhang zu gewinnen; so tritt u. a. eben Linck[1]) wieder warm für die offene Wundbehandlung ein, wobei er auf die Technik dieser Methode näher eingeht. Insbesondere empfiehlt dieser Autor, den Tampon erst nach dem ersten Verbandwechsel wegzulassen, ein Verfahren, das ich im Falle einer tamponlosen Wundbehandlung schon seit Jahren beobachte, seit ich mit der vom ersten Operationstag durchgeführten offenen Wundbehandlung keine günstigen Erfahrungen gemacht habe. Vor etwa 8 Jahren bin ich sogar so weit gegangen, frisch operierte Patienten nach primärem, vollständigem Klammerverschluß ganz ohne Verband zu lassen und nur einen Gazeschleier über die Wunde zu legen, um Verunreinigungen derselben durch Fliegen etc. hintanzuhalten. Ich hatte gehofft, die Wundheilung durch fortwährenden Zutritt von Licht und Luft wesentlich zu fördern. Die Menge und Art des Sekretes bei dieser Behandlung haben mich diese aber bald wieder aufgeben lassen, so daß ich die offene Wundbehandlung in der Regel erst eine Woche nach der Operation beginne. Die Resultate sind jedenfalls sehr verschieden; während manche Fälle schon nach fünf bis sechs Wochen als geheilt gelten können, währt es bei anderen über drei Monate. Einzelheiten in der Technik und Individualisierung sind auch hier ein unbedingtes Erfordernis. Für einzelne Fälle scheint die Tamponbehandlung günstiger, für viele andere dürfte die offene Wundbehandlung geeigneter sein, die ja auch den allgemeinen chirurgischen Prinzipien mehr entspricht.

Die vorliegende Mitteilung bezweckt jedoch nicht, Vor- und Nachteile beider Methoden abzuschätzen und zu erörtern, sondern an der Hand

[1]) Über die Anwendung der offenen Wundbehandlung in der Otochirurgie. Zschr. f. Ohrhlk. 77. H. 4. 1918.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dreier, vor kurzem beobachteter, konkreter Fälle zu zeigen, daß die offene Wundbehandlung unter Umständen imstande zu sein scheint, beginnende Komplikationen auffallend rasch zum Rückgang zu bringen, und so wohl berufen ist, einen wichtigen Heilfaktor in der Otochirurgie darzustellen.

Krankengeschichten.

Fall 1. Elfriede H., 16 Jahre alt, aufgenommen am 14. VII. 1919.

Anamnese: Von Kinderkrankheiten Masern, Diphtherie, Scharlach, ferner Purpura, Gelbsucht, Lungenentzündung. Seit dem Scharlach (3 Jahre) Ohrenfluß links und rechts. Rechts Aufmeißelung knapp nach dem Scharlach. Dann noch zirka 2 Jahre in ambulatorischer Behandlung. Links Otorrhoe mit Pausen (längstens 1 Monat). Eiter fötid. Kopfschmerzen, hauptsächlich in der Stirngegend. In der letzten Zeit beim Bücken Schwindel. Keine Übelkeiten.

Ohrenbefund: Rechts: Chronischer Adhäsivprozeß des Mittelohres. Links: Im Gehörgang mäßig viel Eiter. Trommelfell zum großen Teil zerstört. Reste in der Gegend der Gehörknöchelchen, mit der Labyrinthwand zum Teil narbig verwachsen. Antrum-Attic-Eiterung. Adenoide Vegetationen. R —, —. W ➠ l.; S —, —. Kein spontaner Nystagmus, kein Fistelsymptom, kalorische Reaktion positiv. v = r. 4 *m*, l. 15 *cm*.

Operation: 14. VII. Adenotomie. 17. VII. Totalaufmeißelung der Mittelohrräume links. Typischer Hautschnitt. Warzenfortsatz kleinzellig; Zellen erkrankt. Sinus vorgelagert, auf Erbsengröße freigelegt, Wand succulent. Dura der mittleren Schädelgrube über Tegmen antri et tympani etwas tiefer stehend, auf mehr als Bohnengröße freigelegt, an einer kleinen Stelle auffallend verändert (wie ödematös) und mit kleinen Auflagerungen bzw. Verdickungen versehen; Pachymeningitis circumscripta chronica Reste der Gehörknöchelchen vorhanden. Plastik nach Panse mit Katgutannähung des unteren Lappens. Jodierung von Dura und Sinus. Jodoformdochttamponade. 4 Klammern im oberen Wundwinkel. Verband.

Verlauf: 18. VII. Häufig Erbrechen (beinahe stündlich) und Schwindel. Keine Kopfschmerzen, kein Fieber. Intern Urotropin.

19. VII. Übelkeiten im gleichen, Erbrechen etwas weniger. Schwindel stark. Spontaner horizontal-rotatorischer Nystagmus 2. Grades nach rechts. Keine Kopfschmerzen. Temperatur normal. v = a. c. (mit Verband!).

20. VII. Bis abends Erbrechen.

21. VII. Kein Erbrechen mehr, Schwindel etwas weniger.

22. VII. Nur mehr Nystagmus 1. Grades nach rechts. Schwindel geringer. Appetit sehr gering. Temperatur anhaltend normal.

23. VII. Erster Verbandwechsel. Kein freier Eiter. Jodoformdocht mäßig durchfeuchtet. Entfernung der Klammern; daselbst Heilung p. p. — Morgens zum letzten Mal Urotropin. Tagsüber ist Pat. apathisch, ißt mittags noch ein wenig, späterhin aber nichts mehr. Abends (7 Uhr) plötzlicher Verfall: Pat. wird auffallend blaß, gibt keine Antworten mehr, spricht wirr. Dauer des Anfalles ¼ Stunde. Maximaltemperatur 37,6°.

24. VII. Pat. hat recht gut geschlafen. Kopfschmerzen, wie in den vorhergegangenen Tagen, kaum nennenswert. Appetit gut. Tagsüber 3mal 0,5 Aspirin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ununterbrochene Alkoholumschläge; Verband jedesmal stark durchfeuchtet. Temperatur normal. Pat. bekommt eine stenographisch geschriebene Karte. Obwohl sie gut stenographieren kann, versteht sie von dem Geschriebenen nichts („als ob sie nie etwas Stenographisches gesehen hätte"). Pat. wollte etwas erzählen, ohne es zu können, da sie gleich vergißt, was sie sagen will; so sagt sie z. B. in einem fort „des, des, des, des . . . . . ". Dabei ist sie sich des Zustandes bewußt, weshalb sie sich auch geniert, etwas zu erzählen. Gewöhnliche Schrift kann Pat. lesen. — Verbandwechsel. Keine Tamponade mehr. In der Wundhöhle mäßig Eiter. Retroaurikulär Gummidrain. Alkoholumschläge. Kein Babinski, Bauchdeckenreflex normal. Mäßige Dermographie. Kein Kernig. Augenspiegelbefund (Dr. Friedland): normal.

25. VII. Pat. ist ganz frisch, kann die tags vorher erhaltene stenographische Karte anstandslos lesen. Erinnerungsvermögen normal.

26. VII. Entfernung des Gummidrains. Die Wundhöhle wird freigehalten. 3mal täglich Alkoholumschläge. Temperatur normal. Pat. ist frisch. Keine Kopfschmerzen, kein Schwindel Bei Rechtsblick ist aber noch leichter Nystagmus nach rechts nachweisbar.

27. VII. Pat. steht zum erstenmal auf.

28. VII. Retroaurikuläre Wunde durch gesunde Granulationen geschlossen. In der Wundhöhle relativ wenig Eiter. 3mal täglich Alkoholumschläge. Wohlbefinden.

30. VII. Heilung auffallend schön. Retroaurikulär fortschreitende Heilung. Normale Temperaturen. Bestes Wohlbefinden.

1. VIII. Eitersekretion nur mehr ganz minimal. Behandlung: Nur trockene Reinigung (jeden 2. Tag) und Alkoholumschläge. Seit gestern etwas Eiterung rechts. Otitis media acuta. Therapie: H_2O_2.

3. VIII. Zur ambulatorischen Nachbehandlung entlassen. Anweisung für zu Hause: 3mal täglich Einlage von einem kleinen Stückchen mit 70% Alkohol befeuchteter Watte. Retroaurikulär Pflasterverband.

1. IX. Pat. kam im August 3mal wöchentlich zur Behandlung. Retroaurikulär seit 3 Wochen ganz geheilt. Wundsekretion gering.

26. IX. Am inneren Ende der vorderen Gehörgangswand eine kleine granulierende Stelle, die öfters mit der Lapisperle geätzt wird. Die Wundhöhle sezerniert noch etwas. Stets offene Wundbehandlung (trockene Reinigung jeden 2. Tag). Allgemeinbefinden ausgezeichnet.

Fall 2. Anna M., 18 Jahre alt, aufgenommen am 6. IX. 1919.

Anamnese: Bisher keine besonderen Krankheiten durchgemacht (angeblich nur Masern als Kind). Seit 15 Jahren Otorrhoe links; vor 13 Jahren deshalb in Brünn operiert. Trotzdem eitert das linke Ohr immer; Pausen höchstens von 2 Tagen. Vor einem Jahr trat am Warzenfortsatz ein „Aß" auf, aus dem fast ein Jahr lang Eiter abfloß Vor einem Monat bildete sich über dem Warzenfortsatz in Antrumhöhe eine Fistel, aus der sich gelblich-blutiges Sekret entleert. Keine Kopfschmerzen. Vom 26.—28. VII. konstant Schwindel; „alles hat sich gedreht"; Pat. mußte deshalb liegen.

Ohrenbefund: Rechts: Chronischer Adhäsivprozeß des Mittelohres Links: Gehörgang mit Eiter erfüllt. In der Tiefe bis 1 *cm* vom Ohreingang alles

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Granulationen erfüllt. Retroaurikulär in der Höhe der Fossa triangularis auriculae eine Fistel, aus der Eiter quillt. An der Spitze des Warzenfortsatzes eine 3 *cm* lange rötliche Narbe, die ziemlich breit ist. R —, —; W ∞; S =, =; kein spontaner Nystagmus; sehr lebhaftes Fistelsymptom, bei Kompression Nystagmus nach links, bei Aspiration nach rechts. Kalorische Reaktion sehr träge, erst nach 3 *l* 15grädigen Wassers. v r. 20 *cm*, l. a. c.

Operation (Totalaufmeißelung der Mittelohrräume links) am 9. IX. 1919. Hautschnitt durch die Hautfistel. Hinterer oberer Anteil der knöchernen Gehörgangswand nekrotisch. Warzenfortsatz und Paukenhöhle mit reichlich Cholesteatom erfüllt. Gehörknöchelchen nicht mehr vorhanden. Im horizontalen Bogengang eine nicht sehr große, längliche, bläulich-schwärzliche Fistel. Sinus und Dura nicht freigelegt. Plastik nach Panse mit Kürzung des oberen und Katgutannähung des unteren Lappens. Excochleation der Granulationen in der Gegend der Hautfistel, Umschneidung letzterer. 4 Seidennähte. Jodoformdochttamponade. Verband.

Verlauf: 10. IX. Kein Erbrechen. Schlaf gut.

12. IX. Bei raschen Körper- oder Kopfbewegungen etwas Schwindel. Kein Nystagmus. Wohlbefinden. Gegen Abend Kopfschmerzen.

13. IX. Pat. hat nachts unruhig geschlafen, steht früh auf. Plötzlich tritt heftiger Schwindel und allgemeines Unwohlbefinden auf, so daß Pat. rasch zu Bett gebracht werden muß. Spontaner horizontal-rotatorischer Nystagmus nach rechts. Eine Stunde später erster Verbandwechsel. Verband mäßig durchfeuchtet. Jodoformdocht etwas eitrig. In der Wundhöhle selbst kein freier Eiter. Entfernung der Nähte, die aber zu keinem primären Verschluß geführt haben; in der Gegend der 2. und 3. Naht leichtes Klaffen der Wundränder. Sorgfältiges Austupfen der Wundhöhle. Keine Tamponade. Alkoholumschläge (3mal täglich). Gehör unverändert L. (mit großem Verband und Lärmapparat): V = a. c.

14. IX. Seit der Entfernung der Dochte und der Alkoholumschläge sind Schwindel und Kopfschmerzen verschwunden.

15. IX. Keine Kopfschmerzen, kein Schwindel, kein Nystagmus! In der Wundhöhle mäßig Eiter. Alkoholumschläge (2mal täglich).

18. IX. Bestes Wohlbefinden.

19. IX. Retroaurikuläre Wunde in den unteren zwei Dritteln des Hautschnittes geheilt, oberes Drittel klaffend; daselbst Ätzung mit Trichloressigsäure. Wundhöhle mäßig eiternd. Kein Alkoholumschlag mehr, nur trockener Verband.

21. IX. Ab 20. IX. täglich Ausspülung der Wundhöhle mit Kal. hypermangan., darüber Verband. Keine Tamponade. Kein Nystagmus, kein Schwindel

24. IX. Retroaurikuläre Ätzung mit Trichloressigsäure. Wundhöhle etwas eitrig belegt.

27. IX. Mäßig starke eitrige Sekretion. Abkratzung der Wundränder und Umgebung der retroaurikulären Fistel zwecks Anlegung eines Verschlusses; darüber Lapissalbenverband. Ausgezeichnetes Allgemeinbefinden.

1. X. Mäßig starke eitrige Sekretion. Die Hautfistel beginnt zu granulieren und sich etwas zu verengen.

6. X. Wohlbefinden. Zur ambulatorischen Weiterbehandlung entlassen.

Fall 3. Ferdinand R., 20 Jahre alt, aufgenommen am 1. X. 1919.

Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Anamnese: Angeblich bis aufs Ohr stets gesund. Seit frühester Kindheit Otorrhoe rechts; Ätiologie unbekannt. Pausen der Eiterung nur ganz kurz, zirka 1 Tag. Eiter fötid, ziemlich profus (schubweise). Kopfschmerzen fast immer, meist in der rechten Stirngegend. Schwindel seit einigen Jahren, besonders beim Bücken; Pat. ist dabei schon mehrmals umgefallen. Keine Übelkeiten. Er leidet an zeitweise auftretenden Aufregungszuständen. Die Mutter gibt an, daß er „dann ganz rabiat und mit ihm nichts anzufangen ist", während er sonst sehr gutmütig und brav sei

Ohrenbefund: Rechts: Trommelfell bis auf den vorderen oberen Quadranten zerstört. Aus dem Antrum ragen Granulationen. Links: Chronischer Adhäsivprozeß des Mittelohres. R —, —; W ➤➤r.; S $-^{(2)}$, $-^{(1)}$. Spontaner Nystagmus bei Augenendstellung beiderseits, nach rechts stärker als nach links. Kalorische Reaktion rechts prompt; kein Fistelsymptom. v = r. 0, l. a. c. Schreien: r. a. c., l. 20 *cm*.

Operation: Totalaufmeißelung der Mittelohrräume rechts am 1. X. 1919: Knochen durchwegs sklerotisch, ohne auch nur die kleinste Zelle bis ins Antrum. Dieses selbst ist knöchern abgeschlossen und muß mühsam eröffnet werden, zum Teil nach Stacke. Gehörknöchelchen nur in kleinen Resten erhalten (Teile des Hammerkopfes). Horizontaler Bogengang von völlig atypischem Verauf: von hinten außen nach vorne innen. Dura und Sinus nicht freigelegt. Plastik nach Panse mit Katgutannähung des unteren Lappens. Keine Ligatur. Jodoformdochttamponade. 3 Klammern im oberen Wundwinkel. Verband.

Verlauf: Wegen Wundschmerzen und Kopfweh Injektion von 0,2 Morphin. Mäßiges Erbrechen.

3 X. Facialisparese rechts; das rechte Auge kann aber bei Anstrengung und Beklopfen des inneren oberen Randes der Orbita (Austrittsstelle des Nerven) ganz geschlossen werden. Sehr starker Schwindel beim Aufsetzen. Spontaner Nystagmus nach beiden Seiten, nach links stärker und grobschlägiger. Rechts V (mit Lärmapparat und Verband geprüft): a. c. (Vor der Operation 0!) Pat. gibt auch spontan an, jetzt besser zu hören. Keine so starken Kopfschmerzen mehr.

4. X. In der Nacht sehr starke Kopfschmerzen. Schlaflosigkeit. Anhaltender Schwindel. Pat. jammert viel, ist etwas benommen, gibt keine richtigen Antworten, nur bei energischem Anruf sagt er ja oder nein Rechts komplette Taubheit. Spontaner Nystagmus fast 3. Grades nach links (bei Augenendstellung rechts spurweise Nystagmus nach rechts). In Anbetracht des schlechten Allgemeinbefindens wird von der kalorischen Prüfung Abstand genommen.

1. Verbandwechsel: Jodoformdocht nur am inneren Ende etwas feucht. In der Wundhöhle selbst kein freier Eiter. Entfernung der Klammern. Tadellose Heilung per primam. Offene Wundbehandlung. Alkoholumschläge. Nach dem Verbandwechsel fühlt sich Pat. wesentlich frischer und spricht wieder. Kein Kernig, kein Babinski. Lebhafte Bauchdeckenreflexe. Keine Dermographie.

5. X. Allgemeinbefinden wesentlich besser. Kopfschmerzen geringer. Kein spontaner Schwindel, jedoch beim Aufsetzen. Keine Übelkeiten.

6. X. Nachts gut geschlafen. Kopfschmerzen nur mehr in geringem Grade am Scheitel. Spontaner Nystagmus schwach 2. Grades (beim Geradeausblick minimale Spuren). Reinigung der Wundhöhle. Retroaurikulär geheilt. Alkoholumschläge.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

7. X. Keine Kopfschmerzen mehr. Schwindel beim Aufsetzen und Nystagmus unverändert. Augenspiegelbefund (Dr. Friedland): normal.

8. X. Allgemeinbefinden wesentlich besser. Fortsetzung der offenen Wundbehandlung und der Alkoholumschläge.

9. X. Pat. geht mehrmals auf den Leibstuhl, ohne über Schwindel zu klagen. Kopf frei.

10. X. Eitersekretion mäßig. Retroaurikulär vollständig geheilt. Alkoholumschläge weiter. Pat. möchte aufstehen, was ihm aber noch verboten wird.

13. X. Keine Umschläge mehr. Täglich einmal Ausspülung der Operationshöhle mit physiologischer Kochsalzlösung. Pat. steht auf. Zeitweise etwas Schwindel.

18. X. Eitrige Sekretion mäßigen Grades. Wohlbefinden. Pat. ist den ganzen Tag außer Bett.

24. X. Wundheilung normal. Therapie unverändert. Facialisparese im gleichen; das Auge kann fast geschlossen werden, II. und III. Ast gelähmt. Keine faradische, prompte galvanische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln. Komplette Taubheit anhaltend. Spontaner Nystagmus I. Grades nach links. Kalorische Unerregbarkeit.

Im ersten Fall wurde bei der Operation eine Veränderung der Dura gefunden, die als circumscripte chronische Pachymeningitis gedeutet werden konnte. In den nächsten Tagen nach der Operation Reizerscheinungen wie bei einer Labyrinthitis: Häufiges Erbrechen, Schwindel, lebhafter spontaner Nystagmus; Gehör jedoch vorhanden, keine Kopfschmerzen, normale Temperaturen. Anschließend an den ersten Verbandwechsel ist Patient tagsüber auffallend apathisch, abends tritt eine anfallsweise cerebrale Störung in Form von intensiver Blässe, Bewußtseinsstörung, Phantasierens auf. Am nächsten Tag zeitweise motorische Aphasie und partielle sensorische Alexie.

Da ich von der Ansicht ausging, daß möglicherweise der Tampon auf der entzündeten Dura eine Reizwirkung und so ein kollaterales Ödem des Gehirns auslöse, das die cerebralen Störungen verursacht — gegen eine „Meningitis serosa“ sprachen die Herderscheinungen und die kaum nennenswerten Kopfschmerzen bei normalem Augenspiegelbefund —, ich aber fürchtete, durch sofortige Entfernung des mit der Dura vielleicht doch etwas verklebten Tampons einen weiteren Reiz zu setzen, entschloß ich mich, zunächst durch öfters gewechselte Alkoholumschläge einerseits den Tampon aufzulockern und eine regere Sekretion zu diesem Zweck anzuregen, andrerseits dadurch gleichzeitig desinfizierend zu wirken und erst am nächsten Tag den Tampon dauernd zu entfernen und zur offenen Wundbehandlung überzugehen. Der Erfolg war geradezu überraschend. Schon am Tage der Umschläge wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, seit dem Tage der offenen Wundbehandlung rasches Schwinden aller cerebralen Symptome.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im zweiten Fall traten wenige Tage nach der Radikaloperation ganz plötzlich ebenfalls Labyrinthsymptome auf: Sehr starker Schwindel, lebhafter spontaner Nystagmus, allgemeines Unwohlbefinden. Hier waren die Erscheinungen aber schon deshalb ziemlich eindeutig als direkt vom Labyrinth ausgehend (etwa als „Labyrinthitis serosa") zu deuten, da infolge der bestehenden Bogengangsfistel schon eine Prädisposition für eine weitere Labyrinthreizung gegeben war; möglicherweise durch Sekret, das sich zwischen der Fistel und dem Tampon ansammeln und durch erstere direkt in die Tiefe dringen konnte. Da mir hier die sofortige Entfernung des Tampons weniger gefährlich erschien, nahm ich diese gleich vor (etwa eine Stunde nach Beginn der Reizerscheinungen) und ließ, angeregt durch den guten Erfolg beim ersten Fall, bei weiterhin stets offener Wundbehandlung ebenfalls konstant Alkoholumschläge auf das operierte Ohr einwirken. Hier trat der Erfolg insofern noch deutlicher zutage, als alle Reizerscheinungen binnen einer Stunde nach Entnahme des Tampons vollständig zurückgingen.

Im dritten Fall endlich handelte es sich wie im zweiten um eine akute Labyrinthitis, allerdings um eine viel schwerere Form als in diesem. Hier war die Disposition zu der Labyrinthitis in labyrinthären Reizerscheinungen gegeben, die schon vor der Operation in Form von Schwindelanfällen und spontanem Nystagmus bestanden hatten, und wurde durch die hochgradige Sklerose des Knochens und den knöchernen Abschluß des Antrums, der das Meißeln in unmittelbarer Nachbarschaft des Bogenganges bedingte, wesentlich begünstigt. Die Labyrinthitis trat bald nach der Operation auf und kombinierte sich mit einer unkompletten Facialisparese, eine Kombination, die wahrscheinlich durch Exsudationen bzw. kleine Blutaustritte infolge der starken Erschütterungen beim Meißeln sehr harten Knochens zustande kommt, worauf ich ja schon seinerzeit ausdrücklich hingewiesen habe. Sehr interessant ist das gleichzeitig mit Beginn der Labyrinthitis auftretende auffallend gute Gehör auf diesem Ohr, das allerdings binnen zweier Tage vollständiger Taubheit wich; zweifellos die Folge einer anfänglichen Reizerscheinung der Nervenendungen, die mit deren Erschöpfung in das Gegenteil umschlug. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich gleichzeitig mit Eintritt der Taubheit derart, daß das Allerschlimmste zu befürchten war. In diesem Fall entfernte ich den Tampon erst zu diesem Zeitpunkt, also 3 Tage nach der Operation, worauf ich wieder Alkoholumschläge geben ließ. Der subjektive Erfolg dieser Maßnahme war verblüffend; der Patient, der vor dem Verbandwechsel somnolent war und nur auf Anschreien und da ganz unbestimmt reagierte, ganz verfallen war und vor Schmerzen wimmerte, konnte sich bereits eine Stunde nach Entfernung des Tampons mit einem Kameraden unterhalten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem er erklärte, daß er sich jetzt wohler fühle. Die Kopfschmerzen ließen wesentlich nach, desgleichen der Schwindel; der Nystagmus wurde schwächer, erhielt sich aber immerhin noch tagelang auf einer Höhe 2. Grades. Hier wurde mit der offenen Wundbehandlung erst 3 Tage nach Beginn der Komplikation begonnen; vielleicht wäre bei sofortiger Entfernung der Tamponade der Erfolg noch günstiger gewesen, allerdings glaube ich, daß in Anbetracht der anzunehmenden Ätiologie auch dann eine völlige Coupierung nicht mehr möglich gewesen wäre.

Es ist wahrscheinlich, daß eine derartig günstige Wirkung nicht in allen so behandelten Fällen auftreten wird. Insbesondere wird es darauf ankommen, diese Behandlung möglichst bald nach Beginn der ersten Symptome einsetzen zu lassen. Immerhin glaube ich annehmen zu können, daß der Art der Therapie in den mitgeteilten Fällen der Hauptanteil an dem raschen Verschwinden der jeweiligen Komplikation zuzusprechen ist.

Deshalb möchte ich empfehlen, welcher Ansicht immer man auch über offene Wundbehandlung oder Tamponierung der Operationshöhle sein möge, in Fällen eintretender Komplikationen durch dauernde Entfernung jeden Tampons sofort zur offenen Wundbehandlung und Alkoholtherapie in Form von Umschlägen überzugehen.

Vereinsberichte.

Österreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juli 1919.

(Fortsetzung.)

VII. S. Gatscher: **Beiderseitige zentrale Vestibularisläsion infolge Nikotinintoxikation.**

Der Symptomenkomplex an dem Pat., den ich Ihnen deshalb nicht vorstellen kann, weil er ein Kollege ist, erscheint mir so bemerkenswert, daß ich mir über ihn zu berichten erlaube.

Als der Pat. vor zirka drei Monaten in meine Beobachtung kam, klagte er darüber, daß er seit ungefähr sechs Wochen an Schwindelanfällen sowie Gleichgewichtsstörungen namentlich bei Bewegung leide. Ein Ohrenleiden hatte er bis dahin nie gehabt, auch jetzt klagt er nicht über Symptome von seiten des Gehörorgans.

Die Untersuchung hatte folgendes Ergebnis: Äußeres Ohr beiderseits normal, im Gehörgang beiderseits mäßige Exostosen, Mittelohr normal. Cochlearis beiderseits von intakter Funktion. Kein spontaner Nystagmus, kein Zeigefehler, Romberg leicht diffus, durch Änderung der Kopfhaltung nicht zu beeinflussen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die kalorische Prüfung (bis 10° durch drei Minuten) ohne jede Reaktion weder objektiv noch subjektiv.

Nach Rechts- und Linksdrehung heftigste Dreh- und Drehnachempfindung, Sturzbewegung, aber **kein Nystagmus.** Dabei ein äußerst heftiges Unlustgefühl, Blässe, verzerrter Gesichtsausdruck.

Wir haben also im Bilde einer Vestibularisläsion ohne Spontansymptome bei intakten Cochleares Anfälle eines Reizzustandes vor uns.

In bezug auf die Ätiologie habe ich aus der Anamnese Folgendes zu bemerken. Vor Jahren hatte der Pat. eine Genitalaffektion, die aber nach dem Ausspruch seines Arztes (eines hochqualifizierten Syphilidologen) ausdrücklich als nicht luetisch bezeichnet wurde. Pat. wurde auch nicht antiluetisch behandelt und hat derzeit einen im Serum negativen Wassermann, was nach Ansicht der Syphilidologen fast mit voller Bestimmtheit gegen Lues latens spricht.

Dagegen gibt Pat. an, bis zum Jahre 1912 in sehr beträchtlichem Grade geraucht zu haben. Wenn auch in der Literatur bisher, wie ich unter anderem aus der Zusammenstellung von Bárány im Handbuch von Lewandowsky entnehme, kein Fall von Vestibularisausschaltung infolge Nikotin bekannt ist, so ist doch andrerseits die toxische Wirkung des Nikotins auf den Vestibularis im Sinne einer Reizung desselben festgestellt. Ich möchte also daher in diesem Falle die Nikotinintoxikation als Ursache für die Läsion der beiden Vestibulares annehmen, eine Ansicht, die auch von dem Neurologen, der den Pat. untersucht hat, geteilt wird. Der neurologische Befund ist im übrigen bis auf deutliche Zeichen einer schweren Neurasthenie negativ.

Was die Erklärung des Symptomenkomplexes anbelangt, so stößt sie auf gewisse Schwierigkeiten.

Das Ergebnis der kalorischen und der Drehprüfung bildet einen scharfen Kontrast. Auf den ersten Blick könnte man geneigt sein, den Fall unter jene einzureihen, die Neumann, da sie kalorisch unerregbar, auf Drehung jedoch erregbar sind, so erklärt, daß infolge einer Veränderung im lymphokinetischen Apparate der kalorische Reiz nicht angreifen kann, während der Drehreiz (als mehr unabhängig von diesem Apparate) zur typischen Reaktion führt. Gegen diese Auffassung aber spricht in diesem Falle 1. der Mangel jeder otogenen (speziell otitischen) Affektion, 2. die intakte Cochlearissphäre. Außerdem müßte man, um den Mangel des Nystagmus nach Drehung erklären zu können, außer der Labyrinthläsion noch eine zweite Störung in der Nystagmusbahn annehmen.

Das gegebene Symptomenbild läßt sich nach meiner Ansicht in zweifacher Weise erklären.

Wir können annehmen, wie es von mancher Seite bereits geschehen ist, daß für den kalorischen und für den Drehreiz verschiedene Bahnen existieren. Damit wäre der Kontrast zwischen dem kalorischen und dem Drehungsergebnis erklärt. Für den Mangel des Nystagmus nach Drehung aber reicht auch diese Annahme nicht aus. Dieses Phänomen können wir dadurch erklären, daß wir, wie ich es in meiner Mitteilung in der Gesellschaft der Ärzte über Untersuchungsergebnisse bei Luetikern (speziell in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der frischen Sekundärperiode) getan habe, für die einzelnen Kernpartien des Vestibularis eine verschiedene Rolle beim Zustandekommen der Reaktionserscheinungen nach Vestibularreizung annehmen. In diesem Falle müßte man demgemäß sich vorstellen, daß im Vestibulariszentrum nur die Reize für die Drehempfindung weitergeleitet werden, während die Kernpartien, welche in die Nystagmusbahn führen, unerregbar sind. Mit dieser Annahme wären auch die spontanen Anfälle, über die der Pat. klagt, zu erklären.

Eine zweite Möglichkeit der Erklärung wäre folgende: Wir sind gewöhnt, die Erscheinungen nach Drehung nur auf das Labyrinth zu beziehen. Zwischen der kalorischen und der Drehreizung scheint aber insofern ein prinzipieller Unterschied zu bestehen, als bei ersterer nur im Labyrinth eine Zustandsänderung erzeugt wird, während bei der Drehung außer einer supponierten Endolymphbewegung auch noch Zustandsänderungen (Bewegung, Druck?) im ganzen Schädelinhalt vor sich gehen. Bekommen wir also in einem Falle wie in diesem nach kalorischer Reizung kein Ergebnis, nach Drehung (und während derselben) eine Drehnach- bzw. Drehempfindung mit sekundären Bewegungsreaktionen, so ergibt sich daraus, daß die gesamte Drehreaktion aufgefaßt werden kann als Summe von Erscheinungen, die zum Teil von der Labyrinthreizung bzw. der Vestibulariskernregion herrühren, zum Teil aber auch von Reizwirkungen, die unabhängig von diesem Vestibularisreiz zustandekommen. Die kalorische Unerregbarkeit und die unvollständige Drehreaktion würden daher in diesem Falle einerseits für eine Schädigung des Vestibularis sprechen, andrerseits dafür, daß durch die Drehung, abgesehen von der Labyrinthreizung, auch noch eine Drehempfindung aus einer anderen Ursache als der des Labyrinthes auftritt.

Dabei möchte ich daran erinnern, daß auch Mach in seinen Schlußsätzen ausdrücklich erwähnt, daß die Beteiligung des Gehirns an der Entstehung der Drehempfindung nicht ausgeschlossen werden kann.

Weiterhin möchte ich auch noch die Ansicht aussprechen, daß unsere Vorstellungen über das Wesen der Drehreaktion, namentlich was die subjektiven Erscheinungen anbelangt, nicht ohne weiteres durch die Beobachtungen an Tieren bzw. durch die experimentellen Forschungsergebnisse dirigiert werden mögen. Denn abgesehen davon, daß wir im Tierexperiment aus der Natur desselben über die subjektiven Empfindungen uns nur auf indirektem Wege durch die objektiven Erscheinungen orientieren können, kann man bei dem doch wesentlich anders organisierten zentralen Nervensystem des Menschen gegenüber dem der Versuchstiere auch in vergleichend physiologischer Beziehung für die Stellung des Vestibularapparates im Sinne der Regulierung des Gleichgewichtes eine andere Rolle voraussetzen.

Zusammengefaßt möchte ich also sagen, daß in diesem Falle auf Basis einer chronischen Nikotinintoxikation eine Vestibulariskernläsion beiderseits eingetreten ist. Die Erklärung des Symptomenkomplexes wäre in der einen oder anderen der gegebenen Richtungen zu suchen, wobei ich für die zweite Erklärung vielleicht eine größere Wahrscheinlichkeit beanspruchen möchte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion.

R. Leidler: Unter den Tieren meiner experimentellen Untersuchungen befand sich eines, bei dem ebenfalls alle Reaktionen negativ waren. Freilich konnte ich bei demselben nicht die subjektiven Schwindelerscheinungen prüfen. Bei diesem Tiere handelte es sich um die Zerstörung aller Bogenfasern einer Seite und des gleichseitigen hinteren Längsbündels. Bei dem Pat. des Herrn Gatscher könnte es sich, wofern es sich überhaupt um einen zentralen Prozeß handelt, meiner Meinung nach nur um eine territorial eng begrenzte Läsion in beiden hinteren Längsbündeln handeln. Eine Läsion im Kerngebiete der Vestibularis, die gar keine anderen neurologischen Symptome macht als Unerregbarkeit beider Vestibularis, kann ich mir nicht vorstellen.

E. Ruttin: Ich habe vor einigen Jahren auch einen Arzt untersucht, der mich damals wegen heftigen Schwindels und Gleichgewichtsstörungen konsultierte und auf beiden Seiten kalorisch unerregbar war. Die Drehreaktion habe ich damals nicht geprüft. Auch ich habe an eine Intoxikation gedacht, und es hat sich schließlich herausgestellt, daß der Pat. wegen eines Gallenleidens viele Monate hindurch große Dosen von Chologen genommen und selbst an eine Bleivergiftung gedacht hatte. Tatsächlich trat nach Aussetzen des Chologens Heilung ein.

H. Brunner: Ich möchte bemerken, daß auch in dem Falle eines Ponstuberkels, von dem ich im vorigen Jahre hier berichtet habe, die Vestibularapparate beiderseits unerregbar waren, dennoch aber nach dem Drehen eine Art von Schwindelgefühl auftrat, das der Patient als „Schwanken im Kopfe" bezeichnete. Allerdings fanden sich in meinem Falle auch andere auffallende neurologische Symptome, wodurch er sich von dem Falle des Herrn Gatscher unterscheidet.

Was den Fall des Herrn Gatscher nun betrifft, so glaube ich durchaus nicht, daß es sich um eine Affektion in der Kerngegend des Vestibularis handelt, da es ganz unmöglich ist, sich einen pathologischen Prozeß vorzustellen, der die den Nystagmus vermittelnden Zellen vernichtet, dagegen die das Schwindelgefühl leitenden Zellen verschont. Es hat allerdings Kohnstamm gelegentlich einen Teil der Vestibulariskerne als Schaltkern für den kalorischen Nystagmus bezeichnet, doch hat sich diese für das Tier geltende Hypothese nicht halten können. Ich glaube vielmehr, daß sich in dem Falle des Herrn Gatscher die Symptome sehr gut durch die Annahme einer beiderseitigen Neuritis N. vestibularis erklären lassen. Die spontan auftretenden Schwindelanfälle ließen sich dann sehr wohl als Reizsymptome von seiten des erkrankten Nerven deuten, wenn sie nicht Teilerscheinungen der nachgewiesenen Neurasthenie sind. Was die Ätiologie dieser Neuritis betrifft, so käme, falls sich die Pupillenreaktion als einwandfrei herausstellt und somit Lues und Tuberkulose mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, der Abusus nicotini als allerdings seltenere Ursache in Betracht.

Ruttin: Was den Hinweis auf das Kerngebiet anlangt, so kommen derlei Dinge auch bei der Leuchtgasvergiftung vor. Dabei haben wir cochleare und vestibulare Ausschaltungen. Wir können also annehmen, daß solche Vergiftungen auch in das Kerngebiet verlegt werden können.

H. Neumann: Ich glaube, daß der Fall ganz einfach liegt. Beide Labyrinthe sind unerregbar. Pat. hat keinen Nystagmus und ist kalorisch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und auf Drehen unerregbar. Die Gleichgewichtsstörungen bei und nach dem Drehen sind die Erscheinungen der Nachempfindung nach der Drehempfindung, die wir auf Grund anderer Informationen bekommen als labyrinthärer. Die Information ist kinästhetisch oder gar optisch. Dieser Pat. ist gewiß sehr sensibel. Seine Labyrinthe sind zwar für kalorischen und Drehreiz nicht mehr ansprechbar, wohl aber noch imstände, Schwindelgefühl auszulösen, weil sie noch nicht vollständig vernichtet sein dürften.

S. Gatscher (Schlußwort): Ich muß bei meiner Erwiderung auf die Ansichten der Herren nochmals betonen, daß ich für die Erklärung des Falles zwei Möglichkeiten aufgestellt habe und daß die Herren sich eigentlich nur gegen die Ansicht wenden, die sich für eine Schädigung der Kernregion ausspricht.

Herrn Brunner habe ich zu bemerken, daß gegen die Auffassung einer Neuritis in erster Linie der vollkommen freie Cochlearis spricht. Meine Auffassung berücksichtigt außerdem die Genese der spontanen Anfälle, die durch die Neuritis kaum erklärt werden.

Herrn Leidler gegenüber möchte ich betonen, daß eine doppelseitige isolierte Schädigung des Längsbündel mir deshalb unwahrscheinlich erscheint, weil ja eine solche Läsion doch auch andere Symptome machen müßte. Im übrigen verweise ich auf die früher ausgesprochene Ansicht über die Verwertung des Tierexperimentes.

Der Fall von Herrn Ruttin weist mit dem meinigen nur eine ätiologische Ähnlichkeit auf, im übrigen fehlen in Ruttins Fall die Kontraste zwischen der kalorischen und der Drehreaktion.

Nachtrag. In der Diskussion wurde von einzelnen Seiten auch die Möglichkeit einer funktionellen (neurotischen) Grundlage des Symptomenkomplexes erwähnt. Da diese Bemerkungen zum Teil nicht ausdrücklich betont, zum anderen Teil wegen eines Mißverständnisses zurückgezogen wurden, habe ich in meinem Schlußwort nicht ausdrücklich Stellung gegen sie genommen. Nichtsdestoweniger möchte ich im allgemeinen meine Ansicht gegenüber dieser Auffassung in derartigen Fällen aussprechen. Es erscheint mir im höchsten Grade unwahrscheinlich, daß ein durch drei Minuten angewendeter Reiz von 10grädigem Wasser nicht imstande wäre, ein funktionelles Hindernis gegenüber dem vestibularen Reflex niederzuringen. Andererseits habe ich in meiner Publikation (Zur Lokalisation der vestibularen Erregung etc. W. kl. W. 1919) besonders hervorgehoben, daß die rotatorische Form des Nystagmus die einzige Bewegung darstellt, welche willkürlich nicht ausgeführt werden kann. Ich könnte mir also vorstellen, daß ein funktioneller Zustand imstande ist, eine Nystagmusbewegung zu hemmen mit einem Impuls, der möglich ist, also z. B. einen horizontalen Nystagmus. Ich kann mir aber nicht denken, daß dieser funktionelle Zustand die rotatorische Bewegung des Nystagmus zu beeinflussen imstande ist, da ja für diese Hemmung keine Willkürbahn zur Verfügung steht.

VIII. E. Ruttin: **Akute Meningitis nach Kieferhöhlenempyem, kombiniert mit akuter Otitis.**

M. N., 29 Jahre alte Frau, war früher stets gesund, erkrankte am 8. VI. 1919 mit Husten, Schnupfen und Fieber und legte sich zu Bett. Am

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

9. VI. ging es ihr etwas besser und sie stand wieder auf. Am 10. VI. fühlte sie sich wieder schlechter, legte sich ins Bett und klagte über Kopfschmerz, Schleier vor den Augen. Am 11. VI. wurde ich vom Hausarzte gerufen, da sie auch etwas über Ohrenschmerzen links klagte. Ich konstatierte die ausgesprochenen Zeichen einer Meningitis, aber im linken Ohre, über das sie geklagt hatte, nur eine leichte Röte des Hammergriffs, sonst normale Verhältnisse. Auch der Nasenbefund war negativ. Ich veranlaßte die Überführung zu uns an die Klinik Neumann. Dies geschah erst am 12. VI. früh. Der Befund war nun: Klage über heftige Kopfschmerzen. Ausgesprochene Nackensteifigkeit. Doppeltsehen infolge von Parese des linken Abducens. Die übrigen Augenbewegungen frei. Kein spontaner Nystagmus. Pupillen mittelweit, gleichweit, reagieren prompt. Nervenstatus bis auf ausgesprochenen Kernig beiderseits normal.

Linkes Ohr: Trommelfell rot, vorgewölbt, feucht durchtränkt. Details nicht sichtbar. Warzenfortsatz etwas druckempfindlich.

Rechtes Ohr: Normal.

12 Uhr mittags: Paracentese entleert blutig-seröses Exsudat. Temp. 39,4, Puls 100.

5 Uhr nachmittag: Pat. fühlt sich subjektiv wohler. Die Kopfschmerzen haben nachgelassen, der Kopf ist etwas freier beweglich. Leichte Facialparese links. Kernig positiv. Temp. 36,8.

13. VI. In der Nacht war Pat. unruhig. Klagen über Kopfschmerzen, Schmerzen im Kreuz. Temp. 38, Puls 64. Druck auf die Bulbi schmerzhaft. Doppelbilder beim Blick nach links. Nervenstatus unverändert. Lumbalpunktat: Eitrig, enthält Diplococcus lanceolatus (Prof. Wiesner). Hörweite für Konv.-Spr. links 1 *m*, für Fl.-Spr. ad concham. Weber links, Rinne links negativ, Schwabach links verlängert, C_1 links negativ, c^4 links verkürzt. Kein Schwindel, kein Nystagmus, kein Fistelsymptom. Rechts Funktion normal. Nasenbefund negativ.

Operation (Ruttin): Probeweise Eröffnung des Warzenfortsatzes und Antrums. Die Schleimhaut der Zellen etwas hyperämisch, sonst normal. Freilegung der Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube: sie ist leicht hyperämisch, sonst normal. Sinus wird ebenfalls freigelegt und ist normal. Klammerschluß.

Blut aus der Cubitalvene mikroskopisch und kulturell steril.

Intravenöse Injektion von 2 *g* Urotropin in Lösung.

6 Uhr p. m. Injektion von Staphylokokkenserum (10 Millionen) intravenös. Harnbefund: Albumen schwach +, Zucker —.

14. VI. Temp. 36,1. Nachts unruhig. Keine Kopfschmerzen; muß katheterisiert werden. Schmerzen in der Brust. Mittag: 3 *g* Urotropin intravenös. Temp. 39,2. Interne Untersuchung (Dr. Kahler): Lobulärpneumonie an der Basis des Unterlappens. Lumbalpunktion: Eitrig, Diplococcus lanceolatus (Prof. Wiesner).

15. VI. Benommen. Temp. 36,7, Puls 60. Nackenstarre, ausgesprochener Kernig, Parese des linken Mundfacialis. P. S. R., A. S. R. kaum auslösbar. Kein Babinski. Muß katheterisiert werden.

Staphylokokken-Vaccine (25 Millionen) intravenös.

16. VI. Exitus.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Obduktionsbefund (Prof. Bartl): Akute Leptomeningitis cerebralis et spinalis mit verschiedenem Exsudat an der Basis. Pyocephalus, Ödem und Hyperämie des Gehirns. Otitis media acuta. Einfache Aufmeißelung. Empyem der Highmorshöhle beiderseits.

Parenchymatöse Entartung von Herz, Leber und Nieren. Hyperplasie des Zungengrundes und der Milzfollikel. Freies Coecum. Hirngewicht 1250. Über der Konvexität des Gehirns tiefe Impressiones digitae.

Interessant ist an dem Falle, daß 3 Tage nach einer influenzaartigen Erkrankung meningeale Symptome auftraten, wobei zwar schon leichte Schmerzen im linken Ohre vorhanden waren, aber das Trommelfell nur eine unbedeutende Rötung des Hammergriffs zeigte. Erst am nächsten Tage kam es zur ausgesprochenen Otitis. Bei bereits eitrigem Lumbalpunktat wurde am nächsten Tage die Probeaufmeißelung und Freilegung der Dura beider Schädelgruben und des Sinus vorgenommen, mit negativem Resultat. Der Obduktionsbefund ergab eine eitrige Leptomeningitis mit Diplococcus lanceolatus als Erreger und deckte neben der Otitis noch ein beiderseitiges geschlossenes Empyem der Kieferhöhle auf, wobei die linke Kieferhöhle viel stärker erkrankt war.

Eher als die ja erst bei bereits bestehender Meningitis aufgetretene Otitis ist dieses Empyem für die Meningitis verantwortlich zu machen.

IX. Schlander: **Carcinoma auriculae.**

74jähriger Pat., der seit ungefähr einem halben Jahre an der rechten Ohrmuschel eine rasch wachsende Geschwulst bemerkt.

Befund: Kleinapfelgroßer Tumor am äußeren Rand der rechten Auricula, Oberfläche desselben stark exulzeriert, fötide Sekretion. Die Hinterwand der Ohrmuschel verdickt, infiltriert. Keine Drüsen.

Der Tumor wächst nun in der Zeit von 3 Wochen zu Kindsfaustgröße an, so daß man beabsichtigt, den Tumor samt der Ohrmuschel zu entfernen. Da aber die Dermatitis der Ohrmuschelhinterwand auf Umschläge und Salbenbehandlung sich zurückbildet, geht man von der ursprünglich beabsichtigten Radikaloperation ab und entfernt nur den Tumor allein, und zwar durch keilförmige Excision des absteigenden Helixschenkels.

Nach Verheilung der Wunde wird Pat. einer Radiumkur unterzogen. Nach dreimaliger Bestrahlung zeigt die Narbe und die Hinterwand der Muschel normales Aussehen.

X. O. Beck: **Über die Behandlung breiter Synechien der Nase.**

Der Pat., den ich vorzustellen erlaube, wurde von mir im August 1915 im Garnisonsspital Nr. 1 operiert. Er hat einen Durchschuß erlitten, und zwar war ein Stück einer Schrapnellkugel beim Nasenbein eingedrungen, hatte die rechte Kieferhöhle zersplittert, ist quer durch den Hals und hat im Rücken den Körper verlassen. Als der Pat. die Nasenabteilung im Garnisonsspital aufsuchte, bestanden in beiden Nasenhälften breite, flächenhafte Synechien zwischen dem zertrümmerten Septum und den mittleren Muscheln.

Mit allen bisher gebräuchlichen operativen Methoden der operativen Entfernung von Nasensynechien hat man in den allermeisten Fällen bei derart breiten Verwachsungen selten Erfolg, da nach mehr oder minder kurzer Zeit nach Weglassung der isolierenden Tamponade die Synechie bald wieder auftritt. Deshalb habe ich über Anraten von Prof. Neumann, dem damaligen Chef der Ohren-Nasenabteilung des Garnisons-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

spitals, solche breite Synechien in folgender Weise operiert: zuerst wurde eine breite und ausgiebige submuköse Septumresektion ausgeführt, wobei darauf Bedacht genommen wurde, daß an der der Synechie entsprechenden Stelle der Knochen resp. der Knorpel in breitem Umfange abgetragen wurde. Wegen der Verwachsungen der Schleimhautblätter mit Teilen der lateralen Nasenwand klaffen diese meist sehr gut. Nach beendeter Resektion wurden die Adhäsionen mit einer Nasenschere oder einem Skalpell durchtrennt und hernach zwischen lateraler Nasenwand und dem gut verbiegbaren Septum genügend gefettete Gase eintamponiert. Da durch Entfernung von Knorpel und Knochen das Septum sich gut zur Seite drängen läßt, ist genügend Platz für die Tamponade und eine entsprechend weite Distanz zwischen den beiden früher verwachsenen Flächen geschaffen. Sind in der Nase die Synechien auf beiden Seiten, so werden erst auf der Seite der breiteren Verwachsung nach ausgiebiger Septumresektion die Synechien gelöst und nach definitiver Heilung dieser Seite die Synechien der anderen Seite durchtrennt. Bei der darauffolgenden Tamponade wird das Septum nach der bereits geheilten Seite abgedrängt. Auf die nähere Literatur will ich jetzt nicht näher eingehen und sie einem späteren Berichte vorbehalten. Der vorgestellte Fall wurde nach der eben skizzierten Methode operiert. Man sieht ein gerades Septum, frei von jeglicher Synechie, so daß man auf beiden Seiten einen weiten Einblick durch die Choanen nach rückwärts hat. Die Röntgenbilder zeigen die weite Wegnahme von Knochen und Knorpel des Septums und die Splitterung der Kieferhöhle.

Röntgenbefund (Dr. E i s l e r): Schädel, Zusammenfassung: 1. Alte Schußfraktur des Nasenbeines und der rechten Maxilla, 2. keine Projektile.

Einzelheiten: I. Nasenbein. Es besteht aus einem Netz von sklerosierten Balken, das offenbar von einer kallös vernarbten Zertrümmerung des Knochens herrührt.

II. Os maxille rechts. Der Margo infraorbitalis und die vordere Wand erscheinen zertrümmert. Am medialen oberen Anteil besteht eine Kommunikation zwischen den Weichteilen und der Kieferhöhle. Die zertrümmerten Knochenteile sind miteinander verbacken und zum Teil gegen die Kieferhöhle vorgelagert, die Kieferhöhle selbst wenig lufthältig.

III. Restliches Skelett. Intakt.

XI. G. B o n d y: **Metastatischer Hirnabsceß.**

Der 15jährige Pat. litt in der Kindheit häufig an Otitiden. Im Alter von 6 Jahren wurde er am linken Ohre wegen akuter Mastoiditis aufgemeißelt, die Otorrhoe sistierte dann durch 3 Jahre, seither hatte er wiederholt Eiterungen auf beiden Ohren. Im Jahre 1918 wurde er am linken Ohre wegen eines nach außen durchgebrochenen Cholesteatoms hierorts radikal operiert. Am 21. V. 1919 neuerliche Aufnahme auf die Ohrenklinik. Die Otorrhoe am rechten Ohre hatte ununterbrochen angehalten, seit einigen Tagen waren Schmerzen und eine Schwellung hinter dem rechten Ohre aufgetreten, zugleich Fieber.

Die Untersuchung ergab links eine nicht epidermisierte Radikaloperation ohne nennenswerte Sekretion, rechts eine Totalperforation mit granulierender Paukenschleimhaut, aus Antrum und Attic ragten Cholesteatommassen. Temp. 37.2. Hörweite beiderseits stark herabgesetzt (R i n n e negativ, Knochenleitung verkürzt), der Vestibularapparat beiderseits reagierend. Am Abend des folgenden Tages Schüttelfrost mit 39.8 Temp.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

23. V. Operation. Schnitt durch die infiltrierten Weichteile. Aus der offenen Fissur kommt Eiter. Cholesteatom in Attic und Antrum. Großer Extraduralabsceß der hinteren Schädelgrube, Kleinhirndura und Sinus liegen in großer Ausdehnung frei. In der Mitte des Sinus eine punktförmige Perforation, aus der sich Eiter entleert. Unterbindung der Jugularis in typischer Weise, das obere Ende derselben erweist sich als bluthältig. Freilegung des Sinus bis nahe an den Bulbus und über das obere Knie, wo gesunde Wand erreicht wird, und Schlitzung desselben. Er ist vollkommen leer, erst in der Gegend des oberen Knies und im Bulbus finden sich Thromben, die ausgeräumt werden. Volle Blutung von beiden Seiten.

Der folgende Tag war fieberfrei, am nächsten ging die Temperatur unter Schüttelfrost wieder auf 39,5. Da die Temperatur andauernd den pyämischen Typus zeigte, wurde am 28. V. der Sinus nach hinten weiter freigelegt. Etwa 3 Querfinger hinter dem Knie war die Sinuswand normal, bis zu dieser Stelle das Lumen mit mißfärbigen Thromben erfüllt, nach deren Ausräumung wieder volle Blutung auftrat. Auch nach diesem Eingriff ging die Temperatur auf einen Tag herunter, im übrigen war der Effekt vollkommen negativ. Die bakteriologische Untersuchung des bei der 1. Operation gewonnenen Thrombus hatte vereinzelte gram negative Stäbchen, kulturell keinen der geläufigen pathogenen Bakterien entsprechend ergeben, in dem Thrombus der 2. Operation fanden sich gram positive Diplokokken und Pseudodiphtheriebazillen. Aus dem Blut der Armvene konnte Staphylococcus pyog. aur. gezüchtet werden. Die pyämischen Temperaturen dauerten trotz aller internen Maßnahmen (Antipyretika, kalte Packungen, Elektrargolinjektionen etc.) bis zum 24. VI., also über 1 Monat, weiter. Von da ab war die Temperatur normal, dagegen traten wenige Tage später deutliche Erscheinungen eines gesteigerten Hirndruckes auf.

Am 29. klagte Pat. über sehr starke Kopfschmerzen, erbrach häufig. Puls 48—52, beiderseitige Stauungspapille, links etwas stärker als rechts. Am 30. wurde die mittlere Schädelgrube freigelegt, der Schläfenlappen in verschiedenen Richtungen punktiert, das Resultat war negativ. Die anschließend vorgenommene Lumbalpunktion ergab vollständig klaren, unter hohem Druck stehenden Liquor, in dem sich weder Zellen, noch Bakterien nachweisen ließen. Eine 4 Tage später vorgenommene neuerliche Punktion des Schläfenlappens hatte denselben negativen Erfolg. Am 10. VII. erfolgte unter zunehmender Somnolenz und einem terminalen Temperaturanstieg auf 40,6 Exitus.

Die Obduktion (Prof. Wiesner) ergab: Apfelgroßer alter Absceß im rechten Stirnhirn mit Erweichung des umgebenden Hirngewebes. Chronischer innerer Hydrocephalus mit beträchtlicher Abflachung der Hirnoberfläche bei gesteigertem Hirndruck. Alte organisierte Thrombose im rechten Sinus sigmoideus und transversus bis in den Confluens sinuum. Ein kleiner Zipfel ragt noch darüber hinaus. Metastatische ältere Abscesse in beiden Lungenoberlappen, eitrige Bronchitis und beginnende Lobulärpneumonie in den äußeren Teilen des linken Unterlappens.

Epikrise: Die Erkrankung verlief zunächst unter dem Bilde einer fortschreitenden Pyämie, auf die die Ausschaltung des primären Eiterherdes keinen Einfluß mehr nehmen konnte, da es bereits zu einer Ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schleppung des Eiters gekommen war, wie der positive Bakterienbefund im Blute zeigte. Klinische Zeichen einer solchen waren allerdings nicht zu finden, die wiederholt vorgenommene interne Untersuchung ergab hierfür keine Anhaltspunkte, insbesonders war ein Krankheitsprozeß in den Lungen klinisch niemals nachweisbar. Die nach einmonatiger Krankheitsdauer aufgetretenen Hirndruckerscheinungen erweckten zunächst den Verdacht eines Schläfenlappenabscesses, der Mangel eines Herdsymptomes sprach nicht dagegen, da es sich um die rechte Seite handelte. Erst als die Exploration des Schläfenlappens resultatlos blieb, war die Differentialdiagnose zwischen Hydrocephalus internus, der durch eine fortschreitende Thrombose und die dadurch entstandene hochgradige Zirkulationsstörung bedingt war, und einem metastatischen Hirnabsceß erörtert worden. Die Unterscheidung konnte nicht gemacht werden, da für eine Lokalisation des fraglichen Hirnabscesses jeder Anhaltspunkt fehlte. Aus demselben Grunde konnte auch ein neuerlicher operativer Eingriff nicht unternommen werden. Was nun die Frage anlangt, in welchem Zeitpunkte die verschiedenen Metastasen entstanden sein könnten, so ergibt sich aus dem Aussehen der Abscesse, daß der Hirnabsceß offenbar älteren Datums ist. Seine Größe und die Dicke der ihn einschließenden pyogenetischen Membran sprechen nach Ansicht des Obduzenten dafür, daß er schon im Beginne der Pyämie entstanden ist, also ungefähr 2 Monate alt ist. Die Lungenabscesse scheinen jüngeren Datums, sie sind nicht sehr groß, ihre Kapsel dünner. Sie würden demnach erst nach der Ausräumung des Sinus entstanden sein, somit, da die Jugularis schon beim ersten Eingriffe unterbunden worden war, auf dem Wege durch die Jugularis der anderen Seite. Für die Entstehung des metastatischen Hirnabscesses wäre der gewöhnliche Weg durch die Jugularis derselben Seite der wahrscheinlichere.

Bemerkenswert ist noch, daß die Lungenabscesse ausschließlich in beiden Oberlappen lokalisiert sind, was jedenfalls als seltenes Vorkommnis bezeichnet werden muß. Doch ist im Hinblick auf diesen Fall die Theorie von K r e t z erwähnenswert, der annimmt, daß in der Blutsäule der Aorta und der Hohlvenen das Blut in Parallelströmen fließt, die sich nicht mengen, ja, die selbst nach der Durchtreibung durch Vorhöfe und Ventrikel im schlagenden Herzen noch ihre Zusammensetzung im nächsten Kreislauf durch Deponierung der Embolie von bestimmtem Ursprung an bestimmten Stellen dokumentieren. Das Blut aus der oberen Hohlvene geht nach seiner Darstellung in die oberen Pulmonaläste, das Blut aus dem unteren Hohlvenengebiet in die Lungenarterienäste der Unterlappen. Aus dieser Annahme erklärt er das angebliche Prävalieren der Metastasen im Oberlappen bei otitischen Erkrankungen, im Unterlappen bei puerperaler Infektion.

XII. **Diskussion** zum Vortrage G. B o n d y s „Über vestibulare Reaktionsbewegungen nach Drehung". (S. Sitzung vom 30. Juni 1919.)

D i s k u s s i o n.

H. B r u n n e r: Zu den interessanten Ausführungen des Herrn Doz. B o n d y erlaube ich mir bezüglich dessen, was er über den Zeigeversuch sagte, folgende Bemerkungen: Zunächst möchte ich feststellen, daß auch ich in meiner Arbeit das Vorbeizeigen als eine Manifestation der Drehnachempfindung bezeichnet habe und daß ich in der Diskussion zu einem

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vortrage der Herren Bauer und Schilder über den Zeigeversuch in der Hypnose das Vorbeizeigen nach der Reizung des Vestibularapparates als eine ähnliche Erscheinung gedeutet habe wie die Beobachtung, die schon vor langer Zeit Mach und Kreidl gemacht haben, daß nämlich Menschen mit erregbaren Labyrinthen nicht imstande sind, nach der Drehung den Zeiger einer Papieruhr lotrecht einzustellen. In beiden Fällen haben wir es mit einer Täuschung über die Lage der Vertikalen im Raume zu tun. Daß dem wirklich so ist, davon konnte ich mich erst jüngst wieder an einem Fall überzeugen, den ich an der Klinik meines Chefs, des Herrn Hofrates Eiselsberg, beobachten konnte. Es handelte sich um einen Mann, der einen Streifschuß an der rechten Schläfe erhalten hatte. Der Pat. litt an zeitweiligen, epileptischen Anfällen. Wenn man nun den Zeigeversuch prüfte, so zeigte der Pat. mit seinem rechten, gesunden Arme richtig. Nun aber bekam er, wenn er längere Zeit die Augen geschlossen hielt, Schwindel. Und in dem Augenblicke nun, da er Schwindel bekam, da er also die Empfindung für die Vertikale im Raume verlor, zeigte er vorbei.

Auch bezüglich der Deutung des Zeigeversuches in der Hypnose, den Bauer und Schilder in der jüngsten Zeit untersucht haben, stimme ich mit Herrn Doz. Bondy überein. Ich habe schon in der diesbezüglichen Diskussion hervorgehoben, daß es für den Effekt des Vorbeizeigens gleichgültig ist, ob der Schwindel oder, genauer gesagt, die Drehempfindung ausgelöst wird durch eine wirkliche oder eine gefühlte oder eine suggerierte Drehung der Gegenstände. Das Wesentlichste ist, daß überhaupt Schwindel da ist, daß also die Richtungsempfindungen der Versuchsperson irgendwie gestört sind.

Was nun den zentralen Ablauf des dem Zeigeversuche zugrunde liegenden Reflexmechanismus betrifft, so habe auch ich wie Herr Doz. Bondy betont, daß das Zentrum für die Drehempfindung im Cortex gesucht werden muß. Hingegen glaube ich, daß eine genauere Bestimmung der Lage dieses Zentrums sowie seiner Verbindungen vorderhand verfrüht ist. Denn die Drehempfindung ist nicht eine elementare Empfindung, wie die optische oder akustische, sondern eine komplexe, die zumindest aus muskulären, taktilen und labyrinthären Elementen zusammengesetzt ist; es ist daher unmöglich, vorderhand, wo genaue mikroskopische Untersuchungen einschlägiger Fälle fast vollkommen fehlen, den Weg der Drehempfindung im Gehirne anatomisch genau zu präzisieren, weshalb eben nichts anderes übrig bleibt, als die Physiologie bzw. Psychologie dieser Vorgänge näher zu betrachten. Hingegen möchte ich mir die Bemerkung erlauben, daß es wohl kaum die fronto- und temporopontinen Bahnen sein können, welche die Drehempfindung zum Cortex leiten, da ja diese Bahnen zum weitaus größten Teile kortikofugale Fasern enthalten und da ja der Nervus vestibularis anatomisch vorwiegend mit dem Mittellappen des Kleinhirns in Verbindung steht, während die fronto- und temporopontinen Bahnen hauptsächlich in den Hemisphären ihre Endigungsstätten finden. Wir werden daher nach wie vor im Bindearm die hauptsächlichste Abführbahn aus dem Kleinhirn zu sehen haben.

Herr Doz. Bondy hat nun weiter, wenn ich richtig verstanden habe, angenommen, daß der Reflex der Reaktionsbewegungen bei vestibulärer Reizung nur cerebellar bedingt ist, während bei der suggerierten und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der durch optische Eindrücke hervorgerufenen Drehempfindung Groß- und Kleinhirn beteiligt sein sollen. Er hat weiter mit seiner Annahme, daß die Reizung der horizontalen Bogengänge das Vorbeizeigen, die Reizung der vertikalen Bogengänge aber das Fallen nach der Seite als Reaktionsbewegung auslöse, die Anschauung bestritten, daß der vestibuläre Reiz nur bei willkürlicher Innervation eine cerebellare Tonisierung der Muskulatur verursache, da ja kaum anzunehmen sei, daß derselbe vestibuläre Reiz bei der einen Kopfstellung nur bei willkürlicher Innervation der Muskulatur, d. h. beim Zeigeversuch die cerebellare Tonisierung hervorrufe, während bei einer anderen Kopfhaltung, die das Fallen nach der Seite als Reaktionsbewegung zur Folge hat, die willkürliche Innervation nicht nötig sei. Ich möchte dazu Folgendes bemerken: Daß es überhaupt cerebrales Vorbeizeigen gibt, glaube ich in meiner Arbeit an den Fällen von posttraumatischer Epilepsie gezeigt zu haben. Hierher gehört auch das Vorbeizeigen paretischer Arme, auf das Stiefler hingewiesen hat, wobei es, wie ich glaube, gleichgiltig ist, ob die Parese cerebraler oder cerebellarer Natur ist. Dadurch erklärt es sich auch, wie ich in parenthesi hinzufügen möchte, wieso es in Fällen von cerebellaren Erkrankungen zum Vorbeizeigen ohne Schwindel kommen kann. Daß nun das Vorbeizeigen nach optischen Eindrücken ebenfalls cerebral bedingt ist, habe ich zuerst gegenüber Bárány aus dem Grunde betont, weil ja in diesem Falle die Entstehung der Drehempfindung auf der genau bekannten Bahn des Opticus zustande kommt, die, soweit bis jetzt bekannt ist, beim Menschen mit dem Kleinhirn nicht zusammenhängt. Es ist daher überflüssig, wie dies ursprünglich Bárány tat, anzunehmen, daß die Drehempfindung durch den Opticus in das Großhirn und von da erst in das Kleinhirn übergeführt wird, um nun erst das Vorbeizeigen auszulösen. Viel plausibler scheint die Annahme zu sein, daß die Drehempfindung auf dem Wege des Opticus in den Cortex geleitet wird, daß die hier lokalisierten Richtungsempfindungen gestört werden und daß es nun vom Cortex aus zum Vorbeizeigen kommt. Ähnlich liegen die Dinge, wie ich glaube, bei Hypnoseversuchen, da man doch unmöglich annehmen kann, daß es durch die Hypnose zur Ausschaltung des Cortex kommt, wie dies Bauer und Schilder angedeutet haben.

Die weiteren Angaben des Herrn Doz. Bondy, daß die vestibulären Reaktionsbewegungen nur cerebellar bedingt seien, daß man also ähnlich wie beim Nystagmus das Großhirn ohne Störung der Reaktionsbewegung eliminieren könne, möchte ich wenigstens in dieser Form ablehnen. Es haben allerdings Bárány, Rothfeld und Reich gefunden, daß Abtragung des gesamten Großhirnes bis zu den Vierhügeln bei Kaninchen keine Veränderungen der Reaktionsbewegungen ergebe, „nur muß das Tier durch Kneifen in den Schwanz veranlaßt werden, sich zu bewegen, da es sonst häufig still sitzen bleibt". In diesem Zusatz liegt gerade der Kernpunkt der Frage. Denn wir ersehen aus diesem Tierexperiment, daß zu dem vestibulären Reiz noch ein anderer Reiz hinzutreten muß, damit die Reaktion auf den ersteren gleichsam als Begleiterscheinung der Reaktion auf den letzteren zutage tritt. Was nun die Hand des Experimentators im Tierversuche leistet, das leistet beim Menschen der kortikale Impuls, zumal wir ja durch den Hinweis v. Monakows auf die „Wanderung der Funktionen nach dem Frontalende" einerseits, durch das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verschiedene Verhalten der extrapyramidalen Systeme bei Primaten und Quadrupeden andererseits darüber wohl informiert sind, daß der Hirnstamm der Primaten bedeutend weniger Fähigkeit besitzt, lokomotorische Reaktionen zu produzieren als der Hirnstamm der Quadrupeden. Nun legt ja schon die Anatomie den Gedanken nahe, daß der vestibuläre Reiz zunächst das Kleinhirn trifft, aber eine Reaktionsbewegung tritt erst auf, wenn vom Cortex eine Innervation angeregt wird, sei es nun in Form einer Erhebung des Armes, wie es beim Zeigeversuch der Fall ist, sei es nun in Form einer Aufrichtung des Rumpfes, wie man es bei der Fallreaktion beobachtet. Ob nun das Vorbeizeigen dadurch zustande kommt, daß sich zu der cerebralen Innervation die einseitig stärkere cerebellare Innervation hinzugesellt, oder ob vom Kleinhirn aus eine a priori unrichtige cerebrale Innervation angeregt wird, ist einwandfrei vorderhand noch nicht zu entscheiden. Jedenfalls läßt sich aber, wie ich glaube, nicht sagen, daß die vestibulären Reaktionsbewegungen nur cerebellar bedingt seien, zumal ja gerade in dieser Verquickung von cerebralen, cerebellaren und labyrinthären Impulsen, durch welche die vestibulären Reaktionsbewegungen zustande kommen und durch welche sie sich von dem echten Reflex des Nystagmus unterscheiden, die Schwierigkeit liegt, sie für lokalisatorische Zwecke zu verwerten.

R. Leidler: Ich möchte nur zu einer Stelle des interessanten Vortrages Bondys einige Bemerkungen machen. Bondy sagt gelegentlich der Schilderung des Bárányschen Versuches mit der Trommel (auf optischen Nystagmus) Folgendes: „Die Drehung der Trommel erzeugt in der Versuchsperson die Vorstellung, sich in der entgegengesetzten Richtung zu drehen, und diese Drehempfindung bewirkt die Zeigereaktion. Der durch Drehen der Trommel hervorgerufene Nystagmus steht natürlich mit der Auslösung der Zeigereaktion in keiner Beziehung." Wenn ich Bondy recht verstehe, so meint er Folgendes: Die Versuchsperson sieht die Trommel sich drehen, bekommt die bewußte Vorstellung der eigenen Scheindrehung und zeigt infolgedessen, also aus einem Urteil heraus, falsch, d. h. vorbei. Gegen diese Auffassung möchte ich mich nun wenden. Wenn wir den Vorgang psychologisch analysieren, so sind beim subjektiven Schwindelgefühl und seinen objektiven Reaktionserscheinungen (Nystagmus, Fallen, Vorbeizeigen etc.) die letzteren nicht von den ersteren abhängig, sondern alle treten so ziemlich gleichzeitig auf. Ich möchte daher den vestibulären Schwindel definieren als einen pathologischen Bewußtseinszustand, welcher sich aus Wahrnehmungen und Gefühlen zusammensetzt, die von motorischen Reaktionserscheinungen begleitet sind. Den Schwindel, wie dies häufig geschieht, auf das Bewußtsein der gestörten Orientierung zurückzuführen, ist meiner Ansicht nach unrichtig, da derselbe nicht die Folge eines Urteiles (daß mein statisches Verhältnis zur Umgebung gestört ist), sondern die Ursache desselben ist.

Der ursprüngliche, sozusagen orthodoxe Standpunkt Báránys war der, daß er das Bewußtsein von vornherein ausgeschaltet hat. Ich habe hier seinerzeit über Versuche berichtet, nach denen ein ähnlicher Vorgang wie bei der Zeigereaktion auch bei der Schallokalisation sich abspielt, und angenommen, daß dadurch der Nachweis geliefert wird, daß es sich bei diesen Erscheinungen zumindest auch um eine Störung der bewußten Orientierung im Raume handelt. Nun ist aber Folgendes möglich: Wir können

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

uns vorstellen, daß Reflexe, wie auch der Nystagmus einer ist, nach dem Schema von Bewußtseinsvorgängen ablaufen, ohne daß es dabei auch Bewußtseinsvorgänge sein müßten, also rein reflektorisch und nicht kortikal stattfinden können. Ein Anwendungsgebiet dieser Überlegung ist ja auch die Scheindrehung der Gegenstände. Diese tritt zweifellos bei Manchen in der Richtung der Drehung, bei Anderen in der entgegengesetzten Richtung auf. Es läßt sich beides erklären.

H. Frey: Weiters möchte ich über die Definition des Schwindels sagen, daß man ihn nur folgendermaßen erklären kann: Es ist derjenige psychische Zustand, bei dem die uns über unsere Relation zum Raume zukommenden Sinneseindrücke untereinander nicht harmonieren. Damit kann man auch den Höhenschwindel erklären. Ich werde gedreht; meine vestibuläre Empfindung sagt mir bewußt oder unbewußt: „ich werde gedreht", aber meine optischen, taktilen und kinästhetischen Eindrücke sagen mir: ich bin ruhig.

R. Leidler: Auch Frey betont bei der Definition des Schwindels zu wenig das Gefühlsmoment, d. h. das die Wahrnehmungen begleitende Unlustgefühl (resp. Spannungsgefühl). Ich behaupte, daß wenigstens beim Laien, d. h. bei einem Menschen, welcher während des Schwindels nicht wissenschaftlich darüber nachdenkt, was sein Zustand zu bedeuten habe, das Gefühlsmoment die Hauptrolle spielt. Der unbefangene Mensch, welcher gedreht wird, fühlt vor allem ein Unbehagen, resp. eine Übligkeit, welche von Bewegungen der äußeren Gegenstände, Scheindrehungen seines eigenen Körpers und dem Unvermögen, wie gewöhnlich zu gehen resp. sich zu bewegen, begleitet ist. Daß dieser Zustand eine Störung seiner Orientierung im Raume bedeutet, ist eine Reflexion, zu welcher er entweder gar nicht oder erst später kommt. Für die psychologische Analyse des Schwindels sind aber diese primitiven, unbeeinflußten Tatsachen maßgebend.

Bondy (Schlußwort): Brunner meint, daß es nicht die fronto- und temporopontinen Bahnen sein können, welche die Drehempfindung zum Cortex leiten können. Ich möchte gerade auf diesen Punkt meiner Ausführungen, die nur eine Anschauung Báránys wiedergeben, keinen besonderen Wert legen. Es ist für den Kern meiner Darlegung auch durchaus nebensächlich, ob die Verbindung zwischen Klein- und Großhirn, die doch sicher bestehen muß, auf diesem oder einem anderen Wege hergestellt wird.

Brunner bestreitet weiter, daß die vestibulären Reaktionsbewegungen nur cerebellar bedingt seien. Das von ihm angeführte Tierexperiment kann, da die Reaktionsbewegung tatsächlich auch ohne Großhirn zustande kommt, nur im Sinne meiner Anschauung verwertet werden. Denn von einem kortikalen Impuls kann hier doch keine Rede mehr sein. Die Hand des Experimentators bewirkt bloß, daß das Tier aus dem gleichsam fest verankerten Gleichgewichtszustand in einen labileren gerät, in dem die Reaktionsbewegungen erst in Erscheinung treten können. Daß zum Zustandekommen der Fallreaktionen eine Erhebung des Rumpfes nötig sei, ist nicht richtig. Die Fallreaktion nach kalorischer Reizung kommt ohne jede Stellungsveränderung des Körpers schon im Sitzen zustande, für das Auftreten der Fallreaktion nach Drehung ist bloß eine Stellungsveränderung des Kopfes nötig, jedoch aus anderen Gründen, die ich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ja ausführlich dargelegt habe. Auch diese Stellungsveränderung braucht keine aktive zu sein, die Reaktion erfolgt in ganz gleicher Weise, wenn der Kopf passiv in die entsprechende Stellung gebracht wird.

Wenn Leidler meine Ausführungen über das optische Vorbeizeigen dahin auslegt, daß ich annehme, die Versuchsperson bekomme die bewußte Vorstellung der eigenen Scheindrehung, zeige demnach aus einem Urteile heraus falsch, so hat er mich falsch verstanden. Ich habe diese Reaktionsbewegung in gleicher Weise wie die Reaktionsbewegungen nach Drehung aus der Drehempfindung abgeleitet und an dieser Stelle ausdrücklich betont, daß diese Bewegungen keine bewußten sind, sondern Reflexe. Dasselbe gilt für das optische Vorbeizeigen.

Bücherbesprechungen.

Kurz gefaßte praktische Bakteriologie für Ärzte und Studierende. Von Doktor L. Paneth, Assistent am kgl. Institut „Robert Koch" in Berlin. 2., völlig umgearbeitete Auflage der „Feldmäßigen Bakteriologie". Mit 7 Textabbildungen. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1919.

Das sehr handliche Büchlein gibt eine ausgezeichnete Zusammenstellung aller für die tägliche Laboratoriumspraxis notwendigen Angaben. Auch nicht bakteriologisch tätige Ärzte finden hier Auskunft, „was in jedem Fall die bakteriologisch-serologischen Methoden ihnen leisten können und in welcher Weise die Resultate der Untersuchungsämter klinisch zu verwerten sind". Ausgeschlossen bleiben vom Verf. jene Methoden, die in großen Instituten ausgeführt werden (Lyssa etc.), und solche, die dem Kliniker überlassen bleiben (Tuberkulin etc.). Auch der Wassermannschen Reaktion wird eine genaue Beschreibung des Verfahrens gewidmet, obgleich Verf. auf dem Standpunkt steht, daß auch diese nur in großen Instituten durchgeführt werden sollte.

So manche tabellarische Zusammenstellung liefert eine treffliche Übersicht. Der Hauptwert des Büchleins liegt aber in der konzisen Form des Gebotenen, wodurch eine rasche Orientierung ermöglicht wird. Die Ausstattung des wärmstens anzuempfehlenden Büchleins ist eine vortreffliche, so daß es möglich wird, wenigstens auf diesem Gebiete an den Krieg zu vergessen, und der Preis von 8 Mark angemessen erscheint.

Ernst Urbantschitsch.

Referate.

I. Labyrinth und Hörnerv.

Ear Diseases and Lumbar Puncture III. Von Dr. G. Holmgren. (Acta otolaryngologica. Vol. I. Fasc 2 u. 3.)

In drei Fällen von traumatischen Erkrankungen des inneren Ohres mit starker Schwerhörigkeit erzielte der Verfasser durch Lumbalpunktion gute Resultate. Er empfiehlt diese Behandlung bei Fällen von Kriegsschädigungen des Cochlearis.

Leidler.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Otochirurgie.

Zur Aphasie bei otitischen Temporalabscessen. Von S. E. Henschen, em. Professor, Stockholm. (Arch. f Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfhlk. 104. H. 1—2.)

Verf. bearbeitete die otitischen Temporalabscesse statistisch vom Standpunkte einer dabei auftretenden Aphasie. Hierbei gruppierte er diese entsprechend, ob 1. Aphasie überhaupt nicht beobachtet wurde, 2. isolierte motorische Aphasie, 3. anamnestische Aphasie oder Paraphasie bestand (und zwar a) mit, b) ohne und c) ohne speziell erwähnte motorische Aphasie); 4. Worttaubheit (in Verbindung mit amnestischer Aphasie, Paraphasie, motorischer Aphasie, Wortblindheit oder Agraphie) auftrat; 5. schlechtweg nur „Aphasie" erwähnt wird. Berücksichtigung fanden 78 Fälle aus der Literatur. Ernst Urbantschitsch.

Personalien.

Feier: Hofrat Prof. Dr. Adam Politzer feierte am 13. Dezember 1919 in bewundernswerter Rüstigkeit sein sechzigjähriges Doktorjubiläum, Prof. Dr. A. Bing (Wien) ebenso am 20. September 1919 seinen 75jährigen Geburtstag. Eine interne fachärztliche Feier fand seitens der Österreichischen otologischen Gesellschaft in ihrer Jahres-Hauptversammlung am 15. Dezember 1919 statt.

Ernannt: Dr. Wilhelm Lange, a. o Professor für Ohrenheilkunde in Göttingen, zum o. Professor.

Gestorben: Prof. Dr. Benno Baginsky, Priv.-Doz. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Berlin.

Corrigenda.

Auf Seite 488 (Heft 7) dieses Jahrganges hat sich im Referat „Behandlung psychogener Stimmstörungen im Feldlazarett" von A. Brüggemann insofern ein sinnstörender Druckfehler eingeschlichen, als in dem Satz: „Er übte diese Methode, da er nicht genügend Zeit hatte, mit Benützung der Faradisation gleich am ersten Tage, um Heilung zu erzwingen", „um" weggehört, woraus dann deutlich hervorgeht, daß Verf. zu seinen Behandlungen keine Faradisation verwendete.

Auf der gleichen Seite soll es unter „Personalien" bei „Lehrauftrag" statt 1919 1918 heißen.

An unsere Leser!

Nach Abschluß seiner akademischen Laufbahn hat sich Hofrat Prof. Doktor Viktor Urbantschitsch leider entschlossen, auch seine Stellung als Herausgeber dieser Monatsschrift aufzugeben. Mit ihm verliert letztere einen mächtigen Förderer, der es verstanden hat, durch seinen hervorragenden belebenden wissenschaftlichen Fleiß seine Schüler und Kollegen zu gleicher Tätigkeit anzuregen, so daß aus seiner Schule eine bedeutende Reihe grundlegender Arbeiten emporgewachsen sind, die dank seinem Einflusse für diese Monatsschrift gewonnen wurden. Diese wird sich stets stolz mit seinem Namen innig verwachsen fühlen, auch wenn das äußere Band zerrissen erscheint.

Gleichzeitig mit diesem Manne verliert das Blatt Herrn Prof. Jurasz als Herausgeber, der infolge des staatlichen Zerfalls Österreichs nunmehr leider ein Ausländer geworden ist. Wenngleich Jurasz in den letzten Jahren unsere Monatsschrift infolge der politischen, sprachlichen und räumlichen Verhältnisse nicht

Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

mehr so fördern konnte wie ehedem — dies lag ja nicht an seiner Person, sondern an den besonderen Umständen —, so wird das, was er in früheren Jahren für dieses Blatt getan, besonders als er noch sein Amt als „verantwortlicher Redakteur" in Heidelberg ausübte (zu einer Zeit, da unsere Monatsschrift noch in Deutschland erschienen war), unvergessen bleiben.

So ist denn von dem ursprünglichen Vierblatt — v. Schrötter, Zuckerkandl, Urbantschitsch, Jurasz —, das noch vor einem Dezennium in harmonischer Einigkeit in Blüte stand, niemand mehr geblieben! Erfreulicherweise haben sich die Vorstände der beiden Wiener Kliniken für Ohren-, Nasen-, Kehlkopf- bzw. Kehlkopf-Nasen-Ohrenkrankheiten, die Professoren Heinrich Neumann und Markus Hajek, sowie der Vorstand der Ohrenabteilung der Poliklinik in Wien, Prof Gustav Alexander, bereit erklärt, die Nachfolgeschaft der Erwähnten anzutreten, Männer, die in Anbetracht ihrer wissenschaftlichen Stellung und Bedeutung wohl berufen sind, unserem Blatte zur Ehre und Förderung zu gereichen.

Der Krieg und unsere Nachkriegsperiode haben auch der Monatsschrift manch Opfer auferlegt. So war es insbesondere der Verlust so vieler Mitarbeiter und Referenten — teils durch Einberufung in unseren Ländern, teils durch Ausscheidung von seiten der feindlichen Staaten —, ferner die zunehmende Papiernot und die steigenden Herstellungskosten, die Umfang und Inhalt dieses Blattes empfindlich beeinflussen mußten. Jetzt nun, da auch hier an dem Wiederaufbau gearbeitet wird, hat sich der Verlag erfreulicherweise entschlossen, den unerquicklichen Verhältnissen der Kriegsjahre, die vor allem durch den erwähnten anhaltenden Platzmangel gekennzeichnet waren (wodurch die meisten Originalartikel, Vereinsberichte etc. nur mit großer Verspätung erscheinen konnten), dadurch abzuhelfen, daß nunmehr der Umfang um die Hälfte, d. i. also auf monatlich 6 Druckbogen, erhöht wird. So wird es möglich werden, zunächst den beträchtlichen Rückstand schneller aufzuarbeiten, dann aber die Autoren durch rascheres Erscheinen ihrer Arbeiten, die Leser außerdem noch durch solches von Vereinsberichten usw. zu befriedigen. Insbesondere soll auch der während der Kriegszeit stark reduziert gewesene Referatenteil auf die frühere Höhe gebracht und damit nicht nur dem Bestreben des Blattes nach möglichst lückenloser Berichterstattung, sondern auch dem — wie wir Zuschriften entnehmen — vielfach bestehenden Bedürfnis, sich über die Literatur und die Fortschritte der Spezialdisziplinen in den vergangenen Kriegsjahren (so weit dies noch nicht geschehen) zu informieren, Rechnung getragen werden.

Die Redaktion.

Zur gefälligen Beachtung! Mit Rücksicht auf die mit Jahresbeginn neuerlich steigenden Herstellungskosten sehen wir uns leider gezwungen, den Bezugspreis der „Ohrenheilkunde" für 1920 entsprechend zu erhöhen. — Weiters bedauern wir, Sonderdrucke in Zukunft nur gegen Berechnung liefern zu können. Dagegen haben wir uns entschlossen, jedem Autor, bei gleichzeitiger Verdopplung des Honorares, 10 Freiexemplare jenes Heftes, in welchem seine Arbeit erschienen ist, zu überlassen.

Der Preis für das Abonnement wird bei gleichzeitiger Erhöhung des Umfanges auf 6 Bogen bei jedem Heft, halbjährig Mk. 45·—, d.-ö. K 120·—, tsch.-sl. K 60·— betragen.

Wir bitten unsere geschätzten Bezieher, von dieser unausweichlichen Erhöhung freundlichst Kenntnis nehmen zu wollen, und hoffen, daß dieselben, den ungünstigen Zeitverhältnissen Rechnung tragend, auch fernerhin ihrem Fachblatte treu bleiben werden.

Der Verlag.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. E. Urbantschitsch, Dr. H. Marschik.
Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Monatsschrift

für

Ohrenheilkunde

und

Laryngo-Rhinologie

Organ der Österreichischen otologischen Gesellschaft, der Wiener laryngo-rhinologischen Gesellschaft und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft

Mitbegründet von

GRUBER, RÜDINGER, VOLTOLINI, WEBER-LIEL, L. v. SCHRÖTTER, E. ZUCKERKANDL

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. G. ALEXANDER (Wien), Prof. Dr. F. ALT (Wien), Prof. Dr. R. BÁRÁNY (Upsala), Priv.-Doz. Dr. O. BECK (Wien), Prof. Dr. A. BING (Wien), Priv.-Doz. Dr. G. BONDY (Wien), Prof. Dr. G. BRÜHL (Berlin), Prof. Dr. H. BURGER (Amsterdam), Prof. D. DEMETRIADES (Athen), Prof. Dr. J. FEIN (Wien), Priv.-Doz. Dr. H. FREY (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. FRÖSCHELS (Wien), Dr. V. FRÜHWALD (Wien), Priv.-Doz. Dr. S. GATSCHER (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. GLAS (Wien), Prof. Dr. B. GOMPERZ (Wien), Prof. Dr. M. GROSSMANN (Wien), Prof. Dr. M. HAJEK (Wien), Prof. Dr. V. HAMMERSCHLAG (Wien), Dr. HEINZE (Leipzig), Prof. Dr. HEYMANN (Berlin), Prof. Dr. R. HOFFMANN (Dresden), Prof. Dr. HOPMANN (Köln), Prof. Dr. O. KAHLER (Freiburg i. Br.), Priv.-Doz. Dr. J. KATZENSTEIN (Berlin), Dr. KELLER (Köln), Hofrat Dr. KIRCHNER (Würzburg), Priv.-Doz. Dr. K. KOFLER (Wien), Prof. Dr. LICHTENBERG (Budapest), Dr. L. MAHLER (Kopenhagen), Prof. Dr. H. NEUMANN (Wien), Prof. Dr. H. NEUMAYER (München), Prof. Dr. ONODI (Budapest), Dr. Max RAUCH (Wien), Prof. Dr. L. RÉTHI (Wien), Dr. Ed. RIMINI (Triest), Prof. Dr. W. ROTH (Wien), Priv.-Doz. Dr. E. RUTTIN (Wien), Prof. Dr. J. SAFRANEK (Budapest), Dr. F. SCHLEMMER (Wien), Prof. Dr. A. SCHÖNEMANN (Bern), Dr. H. SCHROTTER (Wien), Dr. A. SIKKEL (Haag), Dr. SPIRA (Krakau), Dr. H. STERN (Wien), Dr. M. SUGAR (Budapest), Prof. Dr. A. THOST (Hamburg), Dr. WEIL (Stuttgart), Dr. M. WEIL (Wien)

herausgegeben von

A. JURASZ
Lemberg

V. URBANTSCHITSCH
Wien

Redakteure:

für Laryngo-Rhinologie:
Priv.-Doz. Dr. Hermann Marschik
Wien

für Ohrenheilkunde:
Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch
Wien

53. Jahrgang

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1919

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alle Rechte vorbehalten.

Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Hauptregister für den 53. Jahrgang.

Otologischer Teil.

Original-Artikel.

(Die Ziffern bedeuten die Seitenzahl, die Originalarbeiten sind im Autoren- und Sachregister durch fetten Druck angezeigt.)

Alexander G.: Eine neue Helikoplastik zur Stellungskorrektur und Vergrößerung der Ohrmuschel bei relativer Mikrotie **113**.

— Zur Frage der traumatischen Taubstummheit **126**.

— Zur Frage der vikariierenden Entwicklung der intakten Sinnesorgane der Viersinnigen **321**.

Bartels M.: Bemerkung zur Geschichte des auropalpebralen Reflexes **641**.

Beck Oscar: Eine neue Sinus-Jugularis-Schere **190**.

Brunner Hans: Bemerkungen zum zentralen Mechanismus des vestibulären Nystagmus **1**.

Cemach J.: Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde **401, 433, 519**.

Fischer Rudolf: Traumatische Neurose als Folge einer Selbstbeschädigung des Ohres **116**.

— Objektiv hörbare endotische Geräusche und Facialistic **513**.

Frey Hugo: Zur Plastik retroaurikulärer Defekte **545**.

Fröschels Emil: Die sprachärztliche Therapie im Kriege. III. Teil. Das Stottern. **161**.

Gatscher Siegfried: Hirnabsceß und Status hypoplasticus **286**.

Krassnig M: Erscheinungsformen der diesjährigen Influenzaepidemie auf dem Gebiete der Laryngo-Otologie **121**.

Mauthner O.: Zum Verhalten des Vestibularis bei den Neurosen **657**.

Rauch M.: Über atypische und paradoxe Vestibularreflexe **629**.

Ruttin Erich: Ohrbefunde bei sagittalen Durchschüssen des Gesichtes **273**.

Spira R.: Ohrenkrankheiten und Militärdienst **290**.

Urbantschitsch E.: Über offene Wundbehandlung bei beginnender Komplikation (seröse Meningitis, Hirnödem, Labyrinthitis) nach Totalaufmeißelung der Mittelohrräume **761**.

Wodak Ernst: Über die Verwendbarkeit des durch die Bárányschе Lärmtrommel erzeugten Lidreflexes zur Diagnose der Simulation **23**.

Sachregister.

Abducensparese 140, 453, 532, 679.

Abflußweg, Prinzip des einheitlichen freiesten in der Pathologie und Therapie der Mastoiditis 158.

Abnormitäten, Bedeutung für die geistige Beurteilung eines Menschen 430.

Absceß im äußeren Gehörgang 55, 562, intrakranieller 572, intrasinuös, abgekapselt 135, Kleinhirnabsceß, operativ geheilt 338, bei erhaltener Labyrinthreaktion 145, Lumbalwirbelabsceß 158, periostal im Warzenfortsatz 678, perisi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nuöser nach Sturz auf den Kopf 675, 676, peritonsillarer mit Arrosion der Carotis 452, Schläfelappenabsceß 570, 573, 574, nach „spanischer Grippe" 150, nach Entzündung des Sinus frontalis und ethmoidalis 198, bei Status hypoplasticus 286, 457, Lumbalpunktat 688, Diagnose 63, 64, subdural, Lumbalpunktat 688, Subperiostalabsceß bei Otitis externa 562.
Abteilungen, Errichtung oto-laryngologischer in den städtischen Spitälern 313, 537.
Acta oto-laryngologica 159.
Ärzte, Fachbücher für — 201, praktische Ohrenheilkunde für — 201.
Acusticusaffektion, beiderseitige unbekannter Ätiologie 296.
Acusticuslähmung 351.
Acusticustumor, linksseitiger 567.
Acusticus, toxische Neuritis 298, isolierte akute Neuritis unbekannter Ätiologie 670, gegenwärtiger Stand der Wissenschaft über die Funktion 52, Korperleitungsschädigungen des akustischen Apparates 351.
Adous für eine neue Verordnung zur Musterung für die Schiffahrt 197.
Affektion des Cochlearis, Vestibularis und Facialis nach Salvarsan 420.
Aktinomykose des Felsenbeines 200.
Alexie, anatomische Lokalisation 202, Klinik und patholog. Anatomie 536.
Anatomie, pathologische der Alexie 536, Beitrag zur pathologischen des Trommelfelles 553.
Anfall, anaphylaktischer nach Milchinjektion 57.
Angina bei Polyneuritis mit Vestibularschädigung 35.
Anhedonie, musikalische 154.
Anleitung zur Bestrahlung mit der Quarzlampe „künstliche Höhensonne" 575.
Antrum Highmori, Empyem 197.
Aphasie, plötzliche 149, bei Temporalabscessen 783.
Aquaeductus Sylvii, Mastoiditis plastica acuta sin., Tuberkel (?) in der Gegend des — 140.
Arrosion der Carotis durch Peritonsillarabsceß 452, oberflächliche des Warzenfortsatzes 562.
Arteriosklerose des Ohrlabyrinthes 687.
Aspirationsynstagmus bei akquirierter Lues 457.
Attic-Antrumeiterung, chronische 351.
Atresie, erworbene des äuß. Gehörganges 199, zweimalige artifizielle auf demselben Ohre 306.
Aufmeißelung des Warzenfortsatzes in Hypnose 131.
Augenbewegungen vom Ohrapparat ausgelöst 60.
Augenbrauen, Bedeutung für die geistige Beurteilung eines Menschen 430.
Augenhöhle, Technik der Röntgenologie 430.
Augenreflexe bei Neugeborenen 683.
Augenzittern der Bergleute 654, Zur Lehre des — 684.
Ausschaltung, totale beider Labyrinthe 453, vestibulare rechts 556, für kalorische Reize 556, beider Vestibularapparate 567.
Autoplastik 571.

Bacillus necroseos im Sekret 463.
Bahn, Zur Klinik der frontopontinen-cerebellaren — 554.
Bakteriologie, kurzgefaßte, praktische 782.
Basalmeningitis, gummöse 296.
Basel, Erweiterung der oto-laryngologischen Univ.-Klinik und Poliklinik in — 350.
Bergleute, Beiträge zur Kenntnis des Augenzitterns 654.
Besserhören im Lärm 196.
Bestimmung des Steckgeschosses innerhalb des Gesichtsschädels 350.
Bestrahlung mit der Quarzlampe „künstliche Höhensonne" 575.
Blickbahn, Diagnose eines Herdes 643.
Blutextravasate, multiple kleine im Trommelfell 674.
Blutungen des Ohres 156, 539, 542, in den Ventrikeln 570.
Bodenschwingung und Luftschall-Luftleitung 351.
Boecksches benignes Sarkoid 680.
Bulbusthrombose, Bemerkungen bezüglich der Operation 197.

Calciumsalze, blutgerinnungsbefördernde Wirkung 463.
Cancroid der Nase 200.
Carcinom des Mittelohres 535, das metastatische — des Gehörorganes und dessen Beziehungen zur Meningitis carcinomatosa 543, apfelgroßes — in der Plica auriculomastoidea 137.
Carotis, Arrosion durch Peritonsillarabsceß 452, Freilegung der C. interna am Knie bei Radikaloperation 342.
Cavum Highmori, Entzündung 570.
Cerebellum s. Kleinhirn.
Cerebrospinalmeningitis, operative Behandlung eitriger 52.
Chirurgie an der Schädelbasis 319.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Cholesteatom, Otitis media supp. chron. durch — 455, Ausstoßung 562, bei akuter Otitis 656, bei chron. Mittelohreiterung 145, im inneren Ohr 55.
Clivus, Zerstörung und Sequestrierung 668.
Cochlearis, Affektion nach Salvarsan 420, Beiderseitige Affektion nach Neosalvarsan ohne Lues 458.
Cochlearisfunktion, Unerregbarkeit des Vestibularis bei erhaltener — 666.
Cochlear-Vestibularausschaltung, gekreuzte — bei wahrscheinlich multipl. Sklerose 34.
Cortische Membran 205.
Cuticulargebilde des inneren Ohres 205.
Cysticercus im rechten Schläfenlappen 208.
Cystoma papilliferum malignum des weichen Gaumens 200.

Defekte, Zur Plastik retroaurikulärer — 545.
Desinfektion des Operationsfeldes und der Hände mit Thymolspiritus 452.
Diagnose der Simulation 23, physikalische — eines Hirnabscesses 63, des otitischen Hirnabscesses 64, eines Herdes in der Blickbahn und im hinteren Längsbündel 643, der Tumoren der hinteren Schädelgrube 646.
Diagnostik, allgemeine u. spezielle des Liquor cerebrospinalis 347, Bedeutung der Radiographie für die otologische — 452.
Diplopia binocularis paralytica 572.
Drehreaktion, Verlust bei Lues 648.
Drehreize, Erregbarkeit für — 556.
Drehung, Die vestibulären Reaktionsbewegungen nach — 672.
Druck im Naseninnern beim Kaninchen 194.
Dura der mittleren u. hinteren Schädelgrube, tuberkulose Granulome 45.
Durchreißung, vollständige quere — der Ohrmuschel 448.
Durchschüsse, sagittale des Gesichtes 273.
Durchspülungsmethode der submeningealen Räume des Zentralnervensystemes 491.

Empfindungsstörung bei Labyrintherschütterung nach Granatexplosion 352.
Empyem des Antrum Highmori 197.
Encephalitis, linksseitige, kortikale bei rechtsseitiger Mastoiditis 460.
Entwicklung, Zur Frage der vikariierenden — der intakten Sinnesorgane der Viersinnigen 321.
Entzündung, eitrige des Innenohres und der Hirnhäute 193, des Sinus frontalis und ethmoidalis 198, des Cavum Highmori 570.
Erbrechen 679.
Erkrankungen des Gehörorganes und Lebensversicherungen 53, des Ohres 56, des Gehörorganes und der oberen Luftwege 349, isolierte der unteren Partie des Warzenfortsatzes 148.
Erregbarkeit für Drehreize 556.
Errichtung oto-laryngologischer Abteilungen in den städtischen Spitälern 313, 537.
Erscheinungen, Fehlen aller entzündlichen — im Mittelohr 678.
Erscheinungsformen der Influenzaepidemie 121.
Ertaubung, plötzliche beiderseitige bei hereditärer Syphilis 457, einseitige komplette nach Grippe 143.
Erweiterung der oto-laryngologischen Univ.-Klinik und Poliklinik in Basel 350.
Erysipel 307, zur Therapie 351.
Excision eines Stückes des Facialis 55.
Experimente über den Druck im Naseninnern beim Kaninchen 194, physiologische — über vestibuläre Reflexe 194.
Explosionsschwerhörigkeit 316.

Fachbücher für Ärzte, Bd. 4, 201.
Facialis, Excision eines Stückes 55, Lähmung 351, Affektion nach Salvarsan 420, Lähmung durch Schädeltrauma 453.
Facialistic und objektiv horbare endotische Geräusche 513.
Facialparalyse 8 Wochen nach Labyrinthoperation 307.
Facialparese 454, 457.
Fehldiagnose, eine seltene otologische 432.
Fehlgeburt, Künstliche — vom Standpunkte der Otologie 153.
Felsenbein, Aktinomykose 200, Technik der Röntgenologie 430, Bedeutung der Radiographie für die otologische Diagnostik 452, Karies des — 668.
Fibrolysin, Vorsicht bei Anwendung 351.
Fibrom, kirschengroßes 535, nußgroßes des weichen Gaumens 673.
Fistel an der hinteren Larynxwand 147.
Fistelsymptom 457, bei Hutchensonscher Trias 452.
Flüstersprache, Hörweite bei Schwerhörigkeit 429.
Fraktur der Pyramide bei eitriger Mittelohrentzündung 46.
Fractura basis cranii 193.
Freilegung der Carotis interna am Knie nach Radikaloperation 342.
Friedländer-Otitis mit Sinusthrombose und Lumbalwirbelabsceß 158.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Funktion des 8. Nervenpaares, gegenwärtiger Stand der Wissenschaft 52.
Funktionsstörungen am Gehörorgan bei luetischer Meningitis 310.

Gasvergiftung, Schädigung des Gehörorganes 157.
Gaumen, Cystoma papilliferum malignum des weichen — 200, nußgroßes Fibrom des weichen — 673.
Gaumensegelparese nach Ausstoßung eines Cholesteatoms verschwindend 562.
Gehirn, Einfluß der Röntgenstrahlen auf das reifende — 315.
Gefühlsempfindungen, Verlust im Tongebiete 154.
Gehörapparat, Verbesserung an Guyes löffelförmigem — 192.
Gehörgang, erworbene Atresie des äußeren — 199, eigenartige, chronisch verlaufende Entzündung 419.
Gehörgangswand, vereitertes Hämatom an der unteren — 452.
Gehörorgan, Erkrankungen und Lebensversicherungen 53, Prognose der Funktionsstörungen 310, Erkrankung des — und der oberen Luftwege 349, das metastatische Carcinom des — 543, eines kretinösen Hundes 655, Schädigung durch Gasvergiftung 157.
Gehörknöchelchen, chronische Attic-Antrumeiterung bei vollständiger Erhaltung der — 351.
Gelatine, blutgerinnungsbefördernde Wirkung 463.
Gellésche Probe, Modifikation 203.
Geräusche, objektiv hörbare endotische — und Facialistic 513.
Geschmakspapille, abnorme Stelle 201.
Geschwür der retroaurikulären Haut 37.
Gesicht, Ohrbefunde bei sagittalen Durchschüssen 273.
Gesichtsschädel, Bestimmung des Steckgeschosses innerhalb des — 350.
Gleichgewichtsstörungen, bei Taubstummen 61.
Gliom des Kleinhirns 302.
Gradenigos Syndrom 679.
Granatexplosion, schwere Vestibularschädigung 35, Empfindungsstörung bei Labyrintherschütterung 352.
Granugonal in der Nachbehandlung von Warzenfortsatzaufmeißelungen 159.
Granulationen, Zerfall 31.
Granulome, tuberkulöse an der Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube 45.
Gravidität und Mittelohreiterung 672.
Grippe, einseitige komplette Ertaubung nach — 143, Schläfelappenabsceß nach spanischer — 150.
Grippe-Encephalitis bei einer Schwangeren 649.
Gumma laryngis cum fistula cutanea 681.
Guyes löffelförmiger Gehörapparat, eine Verbesserung 192.

Haemangioma der Ohrmuschel 304, cavernosum, geheiltes der Trommelhöhle 561.
Haematom, vereitertes an der unteren Gehörgangswand 452.
Haematotympanum, Blutextravasate im Trommelfell nach — 674.
Hämorrhagien des Ohres 156, 539.
Hände, Desinfektion mit Thymolspiritus 452.
Halsmuskelreflexe bei Neugeborenen 683.
Halswirbel, Entfernung einer Schrapnellkugel vom ersten — 42.
Hammer, Nekrose des — 463.
Hasselwander, Das stereophotogrammetrische Verfahren 350.
Haut, Geschwür der retroaurikulären — 37.
Helikoplastik, neue, zur Stellungskorrektur und Vergrößerung der Ohrmuschel 113.
Herd, Diagnose in der Blickbahn und im hinteren Längsbündel 643.
Herderkrankung der Labyrinthkapsel 48.
Herkunft des Labyrinthwassers 350.
Herpes zoster des Ohres 685.
Hirnabsceß, metastatisch 775.S. ferner unter Absceß.
Hirndruck, Verhalten der Pupillen beim traumatischen — 462.
Hirnhäute, eitrige Entzündung 193, 195.
Hirnödem 464.
Hirnsinuse, Thrombosis der — 570.
Höhe, normale des Lumbalpunktates 463.
Höhensonne, künstliche 575.
Hörstörungen, psychogene im Kriege 55, nach Schußverletzungen des Schädels 352, bei Neurosen vom neurasthenischen Typus 429.
Hörweite für Umgangssprache und Flüstersprache bei Schwerhörigkeit 429.
Hund, Gehörorgan eines kretinösen — 654.
Hutchinsonsche Trias, Fistelsymptom bei — 452.
Hyperkeratosis lacunaris 564.
Hypnose, Aufmeißelung des Warzenfortsatzes 131.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Indikationen für Bestrahlung mit der Quarzlampe, „Künstliche Höhensonne" 575, für rhinologische Operationen 664.
Influenzaepidemie, Erscheinungsformen auf dem Gebiete der Laryngo-Otologie 121.
Innenohr s. Labyrinth.
Inselbildung der Jugularis interna 39.

Jugularis interna, Inselbildung 39.
Jugularisunterbindung wegen Pyämie 299, retroaurikuläre Venenektasie nach — 307.

Kaninchen, Druck im Naseninnern 194.
Karies, ausgedehnte tuberkulöse des Warzenfortsatzes und Felsenbeines und der Schädelbasis 668.
Kinematographie, Medizinische 540.
Kleinhirn 194, Gliom 302, Erweichungsprozeß 450, Erkrankung bei negativem Ohrbefund 453, Abszeß 145, 338.
Klinik der artifiziellen Otitiden 315, der Alexie 536, der frontopontinen-cerebellaren Bahn 554.
Knie, Freilegung der Carotis interna am — bei Radikaloperation 342, Obliteration des Sinus lateralis vom oberen — bis zum Torcular 345.
Knochenleitung, Bemerkungen über — 203.
Körperleitungsschädigungen des akustischen Apparates 351.
Kombinationsfall von otogener und epidemischer Meningitis 208, 320.
Kompressionsnystagmus bei akquirierter Lues 457.
Kompressionsthrombose zur Entstehung 340.
Konstatierung der beiderseitigen Taubheit 59.
Kopf, Verletzung im Kriege 152, Sturz auf den — 670.
Kopfschmerzen 679.
Kraft, Über die reizauslösende — im Labyrinth 670.
Kretin, Taubheit bei einem — 570.
Kriegshysterie, Therapie 430.
Kriegsneurosen und ihre Behandlung 314, 570.

Labyrinth, Wert der Prüfung des statischen — für die Konstatierung der beiderseitigen Taubheit 59, Zur Kenntnis der — Funktion 686, totale Ausschaltung beider — 453, Affektion sechs Monate nach Beginn der Erkrankung 559, über die reizauslösende Kraft im — 670, Erschütterung nach Granatexplosion, Empfindungsstörung 352, Arteriosklerose 687.
Labyrinthfistelsymptom, neues 155.
Labyrinthitis 307, eitrige 193, 195, nach Ablauf einer akuten genuinen, nicht eitrigen Otitis media 341.
Labyrinthkapsel, Herderkrankung 48, Befund von wahrer Spongiosierung 575.
Labyrinthoperation 46, Facialisparalyse 8 Wochen nach — 307.
Labyrinthreaktion, erhaltene bei Kleinhirnabsceß 145.
Labyrinthwasser, Studien über die Herkunft 350.
Ladungserscheinungen der Riechstoff haltenden Nebel 191.
Längsbündel, Diagnose eines Herdes im hinteren — 643.
Lärm, Besserhören im — 196.
Lärmtrommel, Bárányesche 23.
Läsion, intramedulläre 423.
Lebensversicherungen und Erkrankungen des Gehörorganes 53.
Lidreflex durch Bárányesche Lärmtrommel erzeugt 23.
Liquor cerebrospinalis, allgemeine und spezielle Diagnostik 347.
Lokalisation, anatomische der Alexie 202.
Lues, Vestibularbefund bei hereditärer — 452, Kompressions- und Aspirationsnystagmus bei akquirierter — 457, beiderseitige Cochlearaffektion nach Neosalvarsan ohne — 458, hereditaria 567, Taubheit und Verlust der Drehreaktion bei — 648.
Luftschall-Luftleitung und Bodenschwingung 351.
Luftwege, Erkrankungen der oberen — 349, Blutungen aus den oberen — 542.
Lumbalpunktat, normale Höhe 463, bei Hirn- und Subduralabscessen 688.
Lumbalpunktion 347, 782, Vestibularprüfung vor und nach der — 310, therapeutische Anwendung 347.

Masern, Zerfall der Granulationen bei interkurrenten 31.
Mastoiditis, akute tuberkulöse 31, akute 147, interkurrente rechtsseitige Operation 299, akute — mit Erkrankung und Sequesterbildung am vertikalen Schuppenteil 426, linksseitige kortikale Encephalitis bei rechtsseitiger — 460, plastica acuta sin., Tuberkel (?) 140, Pathologie und Therapie 158, circumscripte 678.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mechanismus, zentraler des vestibulären Nystagmus 1.
Medizinalkalender, Wiener 55.
Melanosarkom der rechten Ohrmuschel 55.
Membran, Cortische 205.
Meningitis 342, eitrige 32, 570, Kombinationsfall von otogener und epidemischer — 208, 320, Funktionsstörungen am Gehörorgan bei luetischer — 310, Tod an — 338, luetica 454, caseosa basalis 460, carcinomatosa 543, luetische mit Taubheit 556, cerebrospinalis epidemica 559, schwere 651, epidemische 666, otogen geheilt 681, nach Kieferhöhlenempyem 772.
Meningo-Encephalitis 550, serosa nach Schußverletzung des Warzenfortsatzes 651.
Messerstich in den Nacken 40.
Mikrotie, Stellungskorrektur und Vergrößerung der Ohrmuschel bei relativer — 113.
Milchinjektion, anaphylaktischer Anfall nach — 57, parenterale bei akuter Mittelohrentzündung 315.
Militärdienst und Ohrenkrankheiten 290, 573.
Militärdiensttauglichkeit, Einfluß der Erkrankungen des Gehörorganes und der oberen Luftwege 349.
Mißbildung des äußeren Ohres 351.
Mittelohr, Radikaloperation 63, Carcinom 535, Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen 678.
Mittelohreiterung, chronische 145, und Gravidität 672.
Mittelohrentzündung, Fraktur der Pyramide bei eitriger — 46, akute eitrige bei Säuglingen 204, Erfahrungen über parenterale Milchinjektionen bei akuter — 315, kombiniert mit Abducensparalyse 679.
Mittelohrtuberkulose, infiltrierende Form 642, 666.
Modifikation des Weberschen und Gelléschen Versuches 203.
Mucosus-Mastoiditis, beiderseitige 676.
Mucosusotitis 148, infiltrierende Form der Mittelohrtuberkulose unter dem Bilde einer — 666.
Mundplastik 571.
Musterung für die Schiffahrt 197.
Myringitis 678.

Nachbehandlung von Warzenfortsatzaufmeißelungen 159.
Nacken, Messerstich 40.
Naht, primäre, der retroaurikulären Wunde 319.
Nahtmaterial, Verwendung von Pferdehaaren 432.
Nase, Cancroid 200.
Naseninneres, Druck im — beim Kaninchen 194.
Nasenrachenpolyp, typischer Fall 199.
Nebel, Ladungserscheinungen der Riechstoff haltenden — 191.
Nekrose des Hammers 463.
Neosalvarsan, beiderseitige Cochlearaffektion nach — ohne Lues 458.
Nervenstatus, negativ 149.
Nervus glossopharyngeus, Verletzung durch Messerstich in den Nacken 40.
Neugeborene, Augen- und Halsmuskelreflexe 683.
Neuordnung des medizinischen Studiums und Prüfungswesens 654.
Neuritis, toxische des Acusticus 298, isolierte akute des Acusticus 670, optica 676.
Neuropathia acustica 317.
Neurose, Hörstörungen bei — vom neurasthenischen Typus 429, Therapie der traumatischen 430, traumatische als Folge einer Selbstbeschädigung des Ohres 116, Zum Verhalten des Vestibularis bei den 657.
Nystagmographie, Über klinische — 571.
Nystagmus, Zentraler Mechanismus des vestibulären — 1.

Obduktion ohne ausreichendes anatomisches Substrat 149.
Obliteration des Sinus lateralis vom oberen Knie bis zum Torcular 345, des Sinus transversus 427.
Ohr, Pfählung des rechten — 49, Erkrankungen und Verletzungen 56, Tuberkulose 58, zweimalige artifizielle Atresie 306, Mißbildung des äußeren — 351, Traumatische Neurose als Folge einer Selbstbeschädigung 116, Blutungen und Hämorrhagien 156, 539, 542, Herpes zoster des — 685, Cholesteatommassen im inneren — 55, Cuticulargebilde des inneren — 205.
Ohrapparat, vom — ausgelöste Augenbewegungen 60,
Ohrbefunde bei sagittalen Durchschüssen des Gesichtes 273, bei Osteopsathyrosis 305, Kleinhirnerkrankung bei negativem — 453.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ohrenheilkunde, praktische für Ärzte 201, Bedeutung der Phototherapie **401**, **433**, **519**, 536. Klinische Beiträge 574.
Ohrenkranke, militärische Verwendungsfähigkeit 56.
Ohrenkrankheiten und Militärdienst **290**, 573, Simulation 653, im Kriege und ihre Behandlung 155.
Ohr-Lidschlagreflex in ohrpathologischen Fällen 541.
Ohrmuschel, Melanosarkom der rechten 55, geheilte eitrige Perichondritis 301, Hämangioma 304, Bedeutung für die geistige Beurteilung eines Menschen 430, vollständige quere Durchreißung 448, eine neue Helikoplastik zur Stellungskorrektur und Vergrößerung **113**.
Operationen, Indikationen für rhinologische — 664.
Operationsfeld, Desinfektion mit Thymolspiritus 452.
Ophthalmostatik, labyrinthäre 60.
Orgeltöne, Verhalten zwischen Stimmgabel, Pfeife, — und Resonatoren 192.
Osteofibromatose 48.
Osteophlebitis, Zur Frage der otogenen Pyämie durch — 576.
Osteopsathyrosis, Ohrbefund bei — 305.
Othämatom, zur Behandlung 561, operative Behandlung 138.
Otitiden, Beitrag zur Klinik der artifiziellen — 315.
Otitis, Radikaloperation wegen chronischer — 37, nach Sprung ins Wasser 39, Labyrinthitis nach Ablauf einer akuten, genuinen, nichteitrigen — media 341, Sinusphlebitis bei doppelseitiger, akuter 342, — med. supp. chron. 454, — med. supp. chron. d. Cholesteatom 455, — purulenta media 463, — externa mit Subperiostalabsceß 562, — media chron. 572, Cholesteatom bei akuter — 656.
Otochirurgie, offene Wundbehandlung in der — 543.
Otolithenorgane, Lagerung und Form bei verschiedenen Tieren 193.
Otosklerose 48, — und Schwangerschaft 58, Behandlung 61, Vorkommen von latenter Tetanie 154.

Pachymeningitis, ausgebreitete der hinteren Schädelgrube 345.
Papel, syphilitische in der Paukenhöhle 656.
Papillitis, wiederholt auftretend und wieder verschwindend 140.
Paraffininjektion zur Verbesserung der Sprache 448.
Parotis, Tumor mixtus malignus der — 568.
Parotisabsceßfistel, Sekretgeräusch bei — 554.
Pathologie der Mastoiditis 158.
Paukenhöhle, syphilitische Papeln in der — 656.
Perichondritis, geheilte eitrige — der Ohrmuschel 301.
Pfählung des rechten Ohres 49.
Pfeife, Verhalten zwischen —, Stimmgabel, Orgeltönen und Resonatoren 192.
Pferdehaare, Verwendung als Nahtmaterial 432.
Pharynxwand, Fistel an der hinteren — 147.
Phlebektasie des Trommelfelles 304.
Phlebitis des Sinus transversus und der Vena jugularis interna 199.
Phonasthenie 449.
Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde **401**, **433**, **519**, 536.
Plastik retroaurikulärer Defekte **545**, nach einer eigenen Methode 573.
Plattenepithelcarcinom, verhorntes — des Schläfenbeines 133.
Plica auriculo-mastoidea, apfelgroßes Carcinom in der — 137.
Poliklinik, Erweiterung der oto-laryngologischen — in Basel 350.
Polyneuritis, anhaltende, mit Vestibularschädigung 35.
Ponstuberkel, ein Fall von — 47.
Präparate, histologische, der Herderkrankung der Labyrinthkapsel 48, anatomische des Schläfenbeins 574.
Prognose der Funktionsstörungen am Gehörorgan bei luetischer Meningitis 310. — und Therapie der Schädelschüsse 431.
Prüfung des statischen Labyrinthes 591, des statischen Apparates 688.
Prüfungswesen, Neuordnung des medizinischen — 654.
Pupille, Verhalten beim traumatischen Hirndruck 462.
Pyämie infolge linksseitiger Sinusthrombose 299, zur Frage der otogenen — durch Osteophlebitis 576.
Pyramide, Fraktur bei eitriger Mittelohrentzündung 46.

Quarzlampe, Bestrahlung mit — 575.
Quarzlichtbestrahlung, geheilte eitrige Perichondritis der Ohrmuschel 301.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Radikaloperation 37, 63, 149, 457, Freilegung der Carotis interna am Knie bei — 342.
Radiographie, Bedeutung der — des Felsenbeines für die otologische Diagnostik 542.
Reaktionsbewegungen, die vestibulären — nach Drehung 672.
Reflexe, vestibuläre 194, zur Wertung des psycho-galvanischen — 429, Bemerkung zur Geschichte des auropalpebralen — **641**.
Resonatoren. Verhalten zu Stimmgabel, Pfeife und Orgeltönen 192.
Rezepttaschenbuch für praktische Ärzte 55.
Rhinolalien, rhinologische Operationen bei den — 664.
Röntgenologie von Augenhöhle und Felsenbein 430.
Röntgenstrahlen, Einfluß 315.

Salvarsan, Affektion des Cochlearis, Vestibularis und Facialis nach — 420.
Sarkoid, Boeksches benignes 680.
Sarkom des Siebbeines 201.
Säuglinge, akute eitrige Mittelohrentzündung bei — 204.
Schädel, Hörstörungen nach Schußverletzungen 352.
Schädelbasis, Chirurgie an der — 319, Karies der — 668.
Schädelgrube, Tuberkulöse Granulome an der Dura der mittleren und hinteren — 45, ausgebreitete Pachymeningitis der hinteren — 345, Diagnose der Tumoren der hinteren — 646.
Schädel-Kriegschirurgie, Beiträge zur allgemeinen und speziellen 319.
Schädelschüsse, Prognose und Therapie 431.
Schädeltrauma, Facialis- und Abducenslähmung durch — 453.
Scharlach, Tuberkulose der Warzenfortsatzgegend 31, Thrombose der beiden Sinus cavernosi nach — 198.
Schiffahrt, Musterung für die — 197.
Schläfebein, anatomische Präparate 574, verhorntes Plattenepithelcarcinom 133.
Schläfenlappen, Cysticercus im rechten — 208, Absceß s. daselbst.
Schrapnellkugel, Entfernung vom ersten Halswirbel 42.
Schuppenteil, akute Mastoiditis mit Erkrankung und Sequesterbildung am vertikalen — 426.
Schußverletzungen des Schädels, Hörstörungen 352, des Warzenfortsatzes 651.
Schwangerschaft und Otosklerose 58. hysterische Taubheit auf dem Boden einer Grippe-Encephalitis bei — 649.
Schwerhörigkeit, Hörweite für Umgangssprache und Flüstersprache 429, beiderseitige 567.
Schwindel 679.
Sekret, Bacillus necroseos im — 463.
Sekretgeräusch bei einer Parotisabsceßfistel 554.
Selbstbeschädigung des Ohres **116**.
Senkung, tiefe retropharyngeale mit Fistel an der hinteren Pharynxwand **147**.
Septumpolyp, blutender 199.
Sequesterbildung am vertikalen Schuppenteil 426.
Sequestrierung des Clivus 668.
Siebbein Sarkom 201.
Sigmatismus nasalis 535.
Simulation, Diagnose der — **23**, von Ohrenkrankheiten 653.
Sinnesorgane, Zur Frage der vikariierenden-Entwicklung der intakten — der Viersinnigen **321**.
Sinus, Zerreißung an 5 Stellen 42, spontane Blutung 299.
Sinus cavernosus, Thrombose der beiden nach Scharlach 198.
Sinus frontalis und ethmoidalis, Entzündung 198.
Sinus-Jugularis-Schere, eine neue **190**.
Sinus lateralis, Obliteration vom oberen Knie bis zum Torcular 345.
Sinusphlebitis bei doppelseitiger akuter Otitis 342, traumatica 675.
Sinus transversus, Phlebitis 199, Obliteration 427.
Sinusthrombose 39, 42, 307, Pyämie 299, spontan geheilt 345, 427, Tendenz zur Spontanheilung 133, Friedländer-Otitis mit — 158.
Sklerose multiple 34.
Spitäler, Errichtung oto-laryngologischer Abteilungen in den städtischen — 313, 537.
Spitzenmastoiditis 148.
Splitterbruch des Warzenfortsatzes 42.
Spongiosierung der Labyrinthkapsel 575.
Spontanheilung einer Sinusthrombose, Tendenz 135.
Sprachärztliche Therapie im Kriege **161**.
Sprache, Paraffininjektionen zur Verbesserung der — 448.
Statischer Apparat, Abweichungen vom normalen Verhalten 688. S. Labyrinth.
Status hypoplasticus und Hirnabsceß **286**, 457.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Steckgeschoß, Bestimmung innerhalb des Gesichtsschädels 350.
Stellungskorrektur der Ohrmuschel **113.**
Stimmgabel, Verhalten zwischen —, Pfeife, Orgeltönen und Resonatoren 192.
Stirnhirn, Beziehungen zum Zeigeversuch 462.
Stottern **161**, über die häufigsten Stadien 558.
Streptokokkeninfektion 198.
Struma baseos linguae 674.
Studium, Neuordnung des medizinischen — 654.
Sturz auf den Kopf 675.
Substrat, Obduktion ohne ausreichendes anatomisches — 149.
Symptombild einer schweren Meningitis 651.
Syndrom Graedenigos 679.
Synechien der Nase, Behandlung 774.
Syphilis, Ertaubung und Vestibularausschaltung bei hereditärer — 457.
Syringobulbie, Beziehungen zum zentralen Vestibularapparat 62.
Syringomyelie, Beziehungen zum zentralen Vestibularapparat 62.

Taubheit, Konstatierung beiderseitiger — 59, merkwürdige Form von hereditärer — 194, angeborene — 196, zur Frage der traumatischen — 301, bei luetischer Meningitis 556, bei einem Kretin 570, bei Lues 648, hysterische 573, 649.
Taubstumme, Gleichgewichtsstörungen 61.
Taubstummheit, kretinische 656, traumatische **126.**
Technik der Lumbalpunktion 347, der Röntgenologie von Augenhöhle und Felsenbein 430.
Terminologie, medizinische 683.
Tetanie, latente bei Otosklerose 154.
Therapie, sprachärztliche im Kriege **161**, des Erysipels 351, der traumatischen Neurose und der Kriegshysterie 430, der traumatischen Trommelfellruptur 431, der Schädelschüsse 431, der Mastoiditis 158.
Torcular, Obliteration des Sinus lateralis vom oberen Knie bis zum — 345.
Trias, Fistelsymptom bei Hutchinsonscher — 452.
Thrombose der beiden Sinus cavernosi nach Scharlach 198, Sinus sigmoidei, bulbi et venae jugularis 455, der Hirnsinus 570.
Thymolspiritus, Desinfektion des Operationsfeldes und der Hände 452.
Tongebiet, Verlust der Gefühlsempfindungen 154.
Trommelfell, Phlebektasie 304, chronische Attic-Antrumeiterung bei vollständiger Erhaltung 351, Beitrag zur pathologischen Anatomie 553, multiple kleine Blutextravasate 674, Behandlung von Rupturen 156, 431.
Trommelhöhle, geheiltes Haemangioma cavernosum 561.
Tuberkulininjektionen, günstiger Einfluß 567.
Tuberkulose der Warzenfortsatzgegend bei Scharlach 31, des Ohres 58.
Tumor mixtus malignus der Parotis 568, Diagnose des — der hinteren Schädelgrube 646.

Umgangssprache, Hörweite bei Schwerhörigkeit 429.
Unerregbarkeit, vollständige des Vestibularis bei erhaltener Cochlearisfunktion 666.
Unfruchtbarkeit, künstliche vom Standpunkte der Otologie 153.
Universalanästhetikum 430.
Universitätsklinik, Erweiterung der otolaryngologischen in Basel 350.
Untersuchungen, vergleichende über Luftschall-Luftleitung und Bodenschwingung 351, über die blutgerinnungsfördernde Wirkung der Gelatine und Calciumsalze 463, über die normale Höhe des Lumbalpunktates 463, psychologische der Kopfverletzungen im Kriege 152.

Vasomotorische Störungen, Blutung aus dem Ohr und den oberen Luftwegen 452.
Vegetationen, adenoide und Zähneknirschen 197.
Vena facialis communis, abnormer Verlauf 299.
Vena jugularis interna, Phlebitis 199.
Venenektasie, retroaurikuläre nach Jugularisunterbindung 307.
Ventrikeln, Blutung in die — 570.
Verbesserung an Guyes löffelförmigem Gehörapparat 192, der Sprache durch Paraffininjektionen 448.
Verfahren, Das stereophotogrammetrische — Hasselwanders 350.
Vergrößerung der Ohrmuschel bei relativer Mikrotie **123.**
Verletzungen des Ohres 56.
Verlust der Drehreaktion bei Lues 648, der Gefühlsempfindungen im Tongebiete 154.
Verordnung, neue zur Musterung für die Schiffahrt 197.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verwendungsfähigkeit, militärische, von Ohrenkranken 56.
Vestibularapparat, Beziehungen der Syringomyelie (resp. Syringobulbie) zum zentralen — 62, beiderseitige Ausschaltung 567.
Vestibularausschaltung bei hereditärer Syphilis 457.
Vestibularbefund bei hereditärer Lues 452.
Vestibularis, Affektion nach Salvarsan 420, Verhalten bei den Neurosen **657**, vollständige Unerregbarkeit 666.
Vestibularläsion beiderseitig durch Nikotin 768.
Vestibularprüfung vor und nach der Lumbalpunktion 310.
Vestibularreflexe, über atypische und paradoxe **629**.
Vestibularschädigung, schwere nach Granatexplosion 35.
Viersinnige, zur Frage der vikariierenden Entwicklung der intakten Sinnesorgane der — **321**.

Warzenfortsatz, Splitterbruch 42, Operation am akut erkrankten — 319, oberflächliche Arrosion 562, Schußverletzung 651, Aufmeißelung in Hypnose **131**, isolierte Erkrankung der unteren Partie **148**, ausgedehnte tuberkulöse Karies 668, periostaler Absceß 678.
Warzenfortsatzaufmeißelung, Granugonal in der Nachbehandlung 159.
Warzenfortsatzgegend, Tuberkulose bei Scharlach 31.
Webersche Probe, Modifikation **203**.
Wirkung, blutgerinnungsbefördernde, der Gelatine und Calciumsalze 463.
Wundbehandlung, Anwendung der offenen — in der Otochirurgie **543**, bei beginnender Komplikation **761**.
Wunde, über die primäre Naht der retroaurikulären — 319.

Zähneknirschen und adenoide Vegetationen 197.
Zahnheilkunde, konservative, und Empyem des Antrum Highmori 197.
Zeigeversuch, Beziehungen zum Stirnhirn 462, zur klinischen Bedeutung des Bárányischen — 157.
Zentralnervensystem, Durchspülungsmethode der submeningealen Räume 49.
Zerreißung des Sinus an 5 Stellen 42.
Zerstörung des Clivus 668.

Autorenregister.

Albrecht 56.
Alexander 301, **113**, **126**, **321**, 655.
Alt 49.

Bach 575.
Bárány 683.
Bartels **641**.
Becher 463.
Beck O. 39, 40, 42, 43, 45, 46, 133, 135, 137, 143, 145, **190**, 310, 311, 338, 339, 342, 343, 345, 420, 421, 427, 452, 457, 458, 554, 556, 568, 642, 666, 668, 774.
Becnacker 199, 201.
Benesi 341, 455, 457.
Benjamins 194, 197.
Bergh 61.
Biehl 670.
Blau 350.
Bleyl 352.
Blohmke 58.
Bondy 342, 672, 775.
Borries 688.
Brat 198, 199.
Bruck 429.
Brunner **1**, 47, 157, 208, 315, 771.
Burger 196.

Capelle 431.
Cemach 301, **401**, **433**, **519**, 536.
Czarnecki 574.

Dedek 685, 687.
Dinolt 208.
Döderlein 64.

Ekker 195.
Eskuchen 347.

Fein 673.
Fischer B. 654.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fischer J. 296, 298, 423, 450, 452, 550, 649.
Fischer O. 532.
Fischer R. **116**, **513**.
Flatau 49.
Fleischmann L. 351.
Fleischmann O. 350.
Fremel 453.
Frey 138, 154, **545**, 678.
Fröschels 152, **161**, 448, 558.

Galtung 681.
Gantveert 196, 200.
Gatscher 148, 149, **286**, 304, 457, 567, 768.
Gertz 686.
Goebel 429.
Gomperz 564.
Guranowski 53.
Guttmann 683.

Haike 153.
Haren 351.
Hehn von den 195.
Heiman J. 52.
Henkes 197.
Henschen 782.
Hertz 155, 204, 313, 537.
Heryng 463.
Higier 53.
Hirsch C. 159, 542.
Hirsch G. 430.
Hoessli 462.
Holmgren 782.

Imhofer 59, 158, 315, **431**.

Jaffe 208, 320.
Jansen 201.

Kader 572.
Kalinowski 55.
Kan 199.
Karbowski **317**.
Klapp 464.
Kleyn, A. de 194, 542.
Kobrak 201.
Koch 653.
Kopczynski 202.
Korczynski 536.
Krassnig **121**.
Krynski 52.

Leegard 679.
Leidler 37, 62, 771, 780.
Leipen 535.
Linck 319, 543.
Lubliner 156, 539.

Majewski 571, 572.
Manasse 55.
Marum 158.
Marx 352.
Mauthner 429, **657**.
Mayer O. 48, 656, 674.
Mens A. van 200, 201.
Möller 656.
Mygind 155.

Nesnera 430.
Neumann 302.
Nonne 347.

Ohm 654, 684.
Orzechowski 154.

Paneth 782
Piltz 314, 570, 573.
Podmanicky 462.
Politzer 553.

Quix 193, 195

Rablorzky 430.
Radlinski 571.
Ranzel 351.
Rauch 453, 454, **629**, 666.
Reinking 319.
Rosenthal 432.
Rothe 152.
Ruttin 147, 157, **273**, 305, 306, 307, 340, 426, 542, 561, 562, 643, 646, 648, 772.

Sachs 57.
Scherbak 63.
Schlander 567.
Schlittler 543.
Schmerz 463.
Schmurlo 455.
Schwarz G. 315.
Schwarz M. 554.
Sekkel 198.
Siebemann 350.
Sobocinski 55.
Spira **290**, 573.
Stähli 60.
Stauber 351.
Stein K. 576.
Stein L. 449, 535.
Stenvers 430, 542.
Steurer 542.
Stern 664.
Streit 316, 688.
Struycken 192, 197, 198.
Stumpf 154.
Suchy 430.
Szass 462.

Toch 559, 651.

Uchermann 680.
Ulrich 432.
Urbantschitsch E. 31, 32, 34, 35, 131, 140, **150**, 299, 419, 448, 460, 670, 674, 675, 676, **761**.
Urbantschitsch V. 574.

Vulpius 156.

Wachholz 570.
Weiser 540.
Wertheim 63.
Winto 463.
Wittmaack 205, 351, 575.
Wodak **23**, 315, 541.

Zalewski 349.
Zamenhof 58, 203, 538.
Zebrowski 573, 574.
Zwaardemaker 191, 192, 197,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Seite

Österreichische Otologische Gesellschaft: Sitzung vom 28. Oktober 1918 31
„ „ 25. November 1918 130
„ „ 27. Jänner 1919 . . . 296, 338
„ „ 25. Februar 1919 419
„ „ 31. März 1919 447
„ „ 28. April 1919 532
„ „ 26. Mai 1919 550
„ „ 30. Juni 1919 . . . . 642, 664
„ „ 14. Juli 1919 . . . . 673, 768

Aus den Sitzungen polnischer ärztlicher Vereine:

Aus den Sitzungen des Krakauer ärztlichen Vereines 570
„ „ „ „ ärztlichen Vereines des Lubliner Bezirkes 573
A. Warschauer ärztlicher Verein 49, 536
B. Aus den Sitzungen des Warschauer oto-laryngologischen Vereines . 53, 538
C. „ „ „ der klinischen Spitäler in Warschau 55

Niederländischer Verein für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde:

26. Versammlung vom 25. und 26. November 1916 191

Oto-laryngologischer Verein zu Kristiania:

Sitzung vom 21. November 1918 679

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Laryngo-Rhinologischer Teil.

Original-Artikel.

Marschik: Den Manen O. v. Chiaris **81**.

Gatscher: Über Funktionsstörungen nach verheilten Halsschüssen **209**.

Urbantschitsch E.: Die Überrumplungsmethode bei hysterischer Taubstummheit (psychogenen Hör-, Sprach- und Stimmstörungen) **241**.

Menzel: Über ein gehäuftes Auftreten der Rhinitis vasomotorica **353**.

Vollbracht: Über intravenöse Calciumtherapie **356**.

Onódi L.: Die Beziehungen des Canalis Vidianus, des Nervus petrosus superficialis major und des Nervus petrosus profundus zur Keilbeinhöhle, sowie die der Fossa pterygopalatina und des Ganglion sphenopalatinum zu den Nebenhöhlen der Nase. (Mit 10 Figuren) **377, 465**.

Marschik: Paul Heymann zum 70. Geburtstag **489**.

Wirgler: Ein Osteom des Siebbeines **493**.

Stern H.: Die Indikationsstellung für rhinologische Operationen bei den Rhinolalien vom phoniatrischen Standpunkte. (Mit 9 Figuren) **577**.

— Die Indikationsstellung (wie vorstehend) (Fortsetzung und Schluß) **601**.

Hajek M.: Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum Kaposi in den oberen Luftwegen **689**.

Kraus J.: Zur Klinik und Eröffnung der peritonsillären Abscesse **721**.

Sachregister.

Abscesse, Gehirn 714, — Behandlung 464. Kleinhirn, Nachbehandlung 712, Larynx 597, Peritonsillar **721**, — Incision 373, Retropharyngeal 68, — nach Peritonsillitis 736, Stirnhirn, bei Stirnhöhleneiterung 74, 198, 597, 619, — nach Stirnhöhlenschuß 699, 700, 701, Tonsille 101.

Adamantinom, Unterkiefer 709.

Adenoide Wucherungen **197**.

Adenom, Hypophyse 714.

Afenil bei Heufieber 399.

Akoin-Novokain 430.

Akromegalie 712, Hypophysencyste und — 714, Hypophysenstruktur bei — 708.

Aktinomykose, Pharynx 704, obere Luft- und Speisewege 709, Speicheldrüse 709.

Alexie, anatomische Lokalisation 202, pathologische Anatomie 536.

Alival bei Struma 628.

Anatomie, Bronchialmuskeln 710, Canalis vidianus und Fossa pharyngopalatina **377, 465**, Lokalisation der Alexie 201; Tracheopathia chondro-osteoplastica 710, Zwerchfell 109.

Aneurysma, Aorta 261, — Trachealstenose 711, Carotis communis 759, — Jugularis 743, Schluckstörung 262.

Angina, habituelle Kloßsprache nach — 734, pemphigoides 216, mit Pneumobazillen Friedländer 479, Rachentonsille, Exophthalmus 249, Vincenti 271, 373, — im Larynx 111, phlegmonosa s. Peritonsillitis.

Antritis dilatans 625, s. a. Stirnhöhleneiterung und Kieferhöhleneiterung.

Aphasie nach Schuß, Sprachbehandlung 699.

Aphonie, funktionelle 743, Kriegs- — 740, 747, spastica 712.

Arteria lingualis, Blutung, tödliche nach Kaustik am Zungengrund 485, Carotis communis, nach Schuß 709, 759, — externa 621, — interna, Aneurysma, Ruptur in den Sinus cavernosus 714.

Asthma bronchiale und Nase 231, Glanduitrin-Tonogen 716.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Atemgymnastik 231.
Atonie, Oesophagus **374**.
Atophan bei Dysphagie 627.
Atresie, Larynx 268, s. a. Choanalatresie

Basedow 714, Behandlung 713, psychische Störungen 710, Schilddrüsenkarzinom 714, und Schilddrüsentuberkulose 711, und Thyreoiditis 708, bei Tuberkulose 775, 712.
Blastom, malignes, Oberkiefer 702.
Blutstillung durch Calciumtherapie 463, mit Gelatine 463.
Blutungen, Kehlkopf mit Stimmbandfixation 480, obere Luftwege, bei vasomotorischen Störungen 542. Rachen, nach Peritonsillitis 621, bei Schußaneurysma der A. lingualis 733, nach Tonsillektomie 476, Zungengrund, nach Kaustik 485.
Bronchien, Fremdkörper 260, 708, 737, Karzinom 708, Muskulatur 710, Syphilis 709, nach Unterkieferschuß 747, Zerreißung, subkutane 711.
Bronchialdrüsen, Schwellung, Diagnose der — 713.
Bronchiektasie, Behandlung 713.
Bronchoskopie, s. a. Tracheobronchoskopie.
Bronchotetanie 627.
Bulbärsymptome, seltene, b. Brückenherd 715.
Bulla maxillaris **386**.

Calciumtherapie 600, intravenöse **356**, 399, bei Blutungen 463.
Cardiospasmus bei Nackensteckschuß 69.
Choanalatresie 621.
Cricotomie, Ursache von Larynxstenose 269.
Cyste, Dermoid, Nase 708, Gesichtsspalte 744, 747, Larynx 709, Tonsille 101, Unterkiefer 711.

Dakryocystitis und Nebenhöhlenerkrankungen 711.
Dakryocystorrhinostomie 475.
Dermoid, Mediastinum 711; 712, 714.
Diaphragma, Glottis, angeboren 486.
Dilatation, Larynx, bei Narbenstenose 268.
Diphtherie, Bakterien 714, — Probe nach Conradi 710, 711, Bakteriologie 709, 711, Bazillenträger 710. Blutbild zur Diagnose 712, Geschichte der — in Württemberg 714. Lähmungen 712, Providoform 716, Psychose bei — 714, Rachen, Kurpfuscherbehandlung mit Kaustik in Palästina 508, Schleimhäute, chronische 748, als Ursache von Vaginalblutungen bei Kindern 624.
Divertikel, Oesophagus 247, — Perforation 708, Traktions- — und Mediastinitis 67.
Dysphagie bei Tbc. laryngis, Behandlung 627.
Dysphonie, spastica 712.

Entwicklungsgeschichte, Nase 709, Zunge 709.
Epiglottis, Perichondritis, nach Grippe 218.
Epistaxis, im späteren Kindesalter 714, habituelle 715, unstillbare 225.
Erysipel, Behandlung 359.
Ethmoiditis, caseosa tuberculosa 111, s. a. Siebbeineiterung.
Euphoren bei Rhinitis sicca anterior 624.
Exophthalmus bei Turmschädel und Adenoiden 249, bei Mucocele des Siebbeins 751.

Festartikel, Heymann P. 70. Geburtstag.
Fibrolysin, Gefahren 359, bei Narbendeviation der Trachea 758.
Fossa pterygopalatina, Beziehungen zu den Nebenhöhlen **377**, **465**.
Fremdkörper, Bronchus 260, 270, 708, 737. — nach Unterkieferschuß 747, — Schwebebronchoskopie 702, Extraktion mit indirekter Hypopharyngoskopie 111, Hypopharynx 80, Lunge 487, obere Luft- und Speisewege 708, Oesophagus 69, 106, 260, 261, 270, 272, 486, 705, 710, 713, 736, — Bedeutung der physiologischen Engen 710, Recessus piriformis, Decubitusgeschwür 362, Röntgenographie 261.

Ganglion sphenopalatinum, Beziehungen zu den Nebenhöhlen **377**, **465**.
Gaumen, harter, maligner Tumor 195, — Drüsenkrebs 400, — Karzinom 396, — Neuralgie, idiopathische 512, hoher, Einfluß auf den kindlichen Organismus 626, Lähmung 709, Plastik 703, — mit Stranglappen 734, Syphilis 264, weicher, maligner Tumor 195, 200, 622.
Gelatine zur Blutstillung 463.
Gesang, Bedeutung des Zwerchfells 109.
Geschmacksknospen in der Larynxhinterwand 201.
Gesichtsspalte, Cyste 744, 747.
Gingivitis, leucaemica 755, gonorrhoica 626.
Glanduitrin-Tonogen bei Asthma bronchiale 716.
Glandula sublingualis, Hypertrophia congenita 710.
Glottisspasmus, Hypophysenextrakt bei — 111.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grippe, laryngo-otologische Erscheinungen **121**, Perichondritis 288.

Hals, Hygrom, angeboren 711, Infektion und Menstruation 708, Phlegmone 111, Schuß, Carotisverletzung 709, 759, Funktionsstörungen nach — **209**.
Hämangiom, Tonsille 105.
Hämoptoe 481.
Heufieber, Afenil bei — 399.
Hirndruck, traumatischer, Pupillendifferenz bei — 462.
Histologie, Ozaena 226, pathologische, der Hypophyse 755.
Höhensonne s. Quarzlicht.
Hygroma colli congenitum ceptoides 711.
Hyperkeratosis lacunaris 564.
Hypopharyngoskopie bei Fremdkörper 80, 234, indirekte 111.
Hypopharynx, Wundernetze venöse 485.
Hypophysäre Fettsucht und Eunuchoidismus 713.
Hypophyse und Diabetes insipidus 712, Riesenzellen in der — 755, Struktur bei Akromegalie 708, Veränderungen bei Gravidität 713.
Hypophysengang, Plattenepithelgeschwülste 715, 718.
Hypophysentumor 363, 712, Adenom, mit Dystrophia adiposogenitalis 714, Cyste mit Akromegalie 714, Operation 711, Radiumbehandlung 393, retropharyngeal 485, mit Zwergwuchs 755.
Hysterie, Schluckkrampf 712.

Instrumente 393, 508, 628.
Insufflation, intratracheale, bei Vergiftungen 711.

Karzinom, branchiogen 712, Bronchus, primär, Statistik 708, Gaumen, harter 396, 480, — weicher 234, Kieferhöhle 374, Lippen, moderne Behandlung 710, Nase 369, — Kankroid 200, Oberkiefer 623, Oesophagus 272, 709, 710, Recessus piriformis, Radium 391, Schilddrüse 711, 734, — bei Basedow 714, — Perforation in die Trachea 710, — mit Trachealresektion 735, Trachea 80, **112**, — Totalresektion 735, Thymus 709, Zunge 370, 712, — Totalexstirpation 390, Zungengrund 220, — Radium 366, Uvula 195, Unterlippe 368.
Keilbein, Karzinom, metastatisch, 80.
Keilbeinhöhle und Canalis vidianus **377**, **465**.
Keuchhusten, Behandlung 623, 624.
Kieferhöhle 371, Schuß 699, Steckschuß 68.
Kieferhöhleneiterung, dentale 197, Heilungsresultate 711, bei Karzinom 623, Meningitis nach — 570, nach Oberkiefernekrose 217, Radikaloperation 264.
Kiefercyste 265, 387, 711, Operation 77.
Kiefertumoren 712.
Kokain, Experimental-Pathologie 710.
Kopflichtbad bei Osteomyelitis der Schädelknochen 706.
Kriegsaphonie 740, 747.
Kriegshysterie, Behandlung 430.

Larynx, Abseß 597, Atresie nach Diphtherie 268, Cysten 709, Geschmacksknospen 201, Pachydermie 246, Perichondritis 364, Phlegmone 715, Plastik nach Schuß 701, bei Pseudohermaphroditismus masculinus 750, Schußverletzung 697, 700, 744, 747, 755, 756, 760, — Laryngostomie 742, — mit Perichondritis 737, Selbstmordschnitt 702, Sklerom 266, Stenose durch Pemphigus 397.
Laryngoskopie, Varianten des normalen Kehlkopfbildes 712.
Laryngitis, ulcero-membranacea 111, ventricularis hyperplastica 266.
Laryngo-Otologie und Grippe **121**.
Laryngostomie nach Schuß 742, 744.
Larynxkarzinom 106, Inokulationstumor 234, Sprache nach — 195, Thyreotomie 369, Totalexstirpation 106, 217.
Larynxtuberkulose 359, Bedeutung für die Tuberkulosebekämpfung 485, Behandlung der Dysphagie 627, Statistik 708.
Lähmung, Gaumen, nach Halsschuß 701, Gaumen-Rachen 709, N. hypoglossus, postdiphtheritisch 623, postdiphtheritische 712, Recurrens-Hypoglossus-Glossopharyngeus, nach Schuß 699, N. recurrens s. a. Recurrenslähmung.
Leukämie, akute lymphatische, mit Lymphosarkom der Thymus 710, Gingivitis 755, Mediastinaltumor 715.
Lichen, Pharynx 701.
Lipom am Hals (Madelung) 714.
Lippen, Karzinom 710, Plastik 736.
Luftwege, Aktinomykose 709, Blutungen, vasomotorische 542, Erkrankungen durch Kriegsschädigung 716, Fremdkörper 487, 708, Obere — und Brustorgane 231, Obere — und Militärdiensttauglichkeit 349, Radiumbehandlung 393, Tuberkulosetherapie 238.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lupus, Nasenplastik 369.
Lymphangiom, Tonsille 509.
Lymphdrüsen, Tuberkulose, Behandlung 112.
Lymphosarkom, Nase 710, Nasenrachenraum 196, Tonsille, Röntgen 196.

Mediastinal-Tumor, 710, 711, 712, 714, leukämischer 715, Röntgenographie 220.
Mediastinitis bei Fremdkörper 106, bei Oesophagusdivertikel 67, bei Oesophagusstriktur 111, bei Oesophagusverletzung 260, 486, 734.
Mediastinotomie 67, 106 260.
Meningitis nach dentaler Kieferhöhleneiterung 570, nach Pharynxphlegmone 742, serosa acuta, rhinogen 708, bei Siebbein-Meningocele 701, nach Stirnhöhlenschüssen 707, 731.
Militärtauglichkeit, Indikation der Nebenhöhlenoperation 732.
Muscheln, mittlere, Verlagerung bei Neuritis retrobulbaris 375.
Mucocele, Siebbein 751, Stirnhöhle 751.
Myalgie, als Ursache von Kopfschmerzen 744.
Myom, Oesophagus 758.
Myxödem, postoperativ 708.

Nachruf nach O. Chiari 81.
Nahtmaterial aus Pferdehaar 432.
Nase, Deformation und Korrektur 713, Dermoidcysten 708, Entwicklungsgeschichte 709, Fraktur, Rhinolalie nach — 705, Kankroid 200, Karzinom 369, Lupus, Plastik 369, Lymphosarkom 710, Osteom mit fibrösem Polyp beim Bullen 714, Plastik 270, 709, 736, 753, Polypen 371, Schuß, Plastik 248, Sklerom 372, Stenose narbig, luetisch 264, Synechie 711, Syphilis 374, Tuberkulose 475, 597, Verletzung 596, Zahn 743, Blutung s. Epistaxis.
Naseneingang, Stenose, angeborene 744.
Nasenhöhle, Innendruck 194, Riesenzellensarkom 200, Weite der — und Resonanz 110.
Nasenrachenraum, Angiofibrom 367, 389, 478, 597, Behandlung 709, Lymphosarkom 196, Polyp 199, Radikaloperation 701, Sarkom, Operation 396, 597.
Nasenmuschel, Septum und Siebbein 712.
Nasenscheidewand, Deviation, Beziehungen zu Nasenmuschel und Siebbein 712, Polyp, blutender 199, Resektion 373, Tuberkulose, primäre 99, Tumor tbc. 370.
Nebenhöhlen, Beziehung zur Fossa pterygopalatina und Ganglion sphenopalatinum 377, 465, intraorbitale Komplikation 709, Radiographie 369, Röntgenbilder, stereoskopische 706, Schußverletzung 111, 697, 698, 700, — und Meningitis 731.
Nebenhöhleneiterungen 217, Durchbruch in die Orbita 709, Hirnabsceß 198, Retropharyngealabsceß bei — 68, Streptokokkeninfektion 198.
Nebenhöhlenerkrankungen und Exophthalmus 751, und Nervus opticus 710, und Neuritis retrobulbaris 375, und Tränensackeiterung 711.
Neuralgie, N. palatinus 512, supraorbitalis 621, Vortäuschung durch Myalgie 744.
Neuritis, retrobulbaris, und Nebenhöhlenerkrankungen 375.
Neurose, traumatische, Behandlung 430.
Nervenlähmung nach Halsschuß 209.
Nervus hypoglossus, corticale und bulbäre Verbindungen 715, glossopharyngeus, Verletzung 40, opticus und Nebenhöhlenerkrankungen 710, petrosus profundus, Beziehungen zur Keilbeinhöhle 377, 465, petrosus superficialis major, Beziehungen zur Keilbeinhöhle 377, 465, recurrens, Verhältnis zu Struma benigna und Operation 750, sympathicus, Verletzung 40, vagus, Verletzung 40, s. a. Recurrenslähmung.

Oberkiefer, Blastom, malignes 702, Fraktur 709, Osteomyelitis 700, Schußbruch, Drahtverband 700, Sarkom 504, — beim Kind 715.
Odontoma durum, beim Pferd 709.
Oesophagus, Aneurysma, Perforation 709, Atonie 374, Divertikel 247, Perforation 709, Erweiterung, idiopathische 710, Fremdkörper 69, 106, 260, 261, 272, 705, 708, 710, 713, 736, Karzinom 272, 709, 710, Mißbildung 711, Myom 758, Narbenstenose 111, — Bougierung 719, — Diätetik 628, Bedeutung der physiologischen Engen für Fremdkörper 710, Röntgenographie 252, Schuß und Mediastinitis 734, Stenose 272, Traktionsdivertikel 67, Tuberkulose, ulzeröse 759, Varizen, bei Lebercirrhose 714, Verletzung durch Fremdkörper 486.
Oesophagoskopie, elektrische Speichelpumpe 628, Kasuistik 713.
Osteom, Nase, beim Bullen 714, Siebbein 493, Stirnhöhle 713.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Osteomyelitis, Oberkiefer 700, Siebbein 505, Stirnbein 706.
Ozaena 732, 737, Behandlung mit Anilinfarbstoffen 714, einseitig 742, 746, 747, genuine, Vakzine-Behandlung 396, Histologie 226, operative Behandlung 703, 705, 707, 746, Röntgenbilder 731.
Oesophagusmund 485.
Oesophagotomie, bei Fremdkörpern 69, 260, 705.

Pachydermie, Larynx 246.
Papillom, Stimmlippe, als tuberkulöses Infiltrat imponierend 704.
Paraffininjektionen, hintere Rachenwand, bei Uranoschisma 448.
Parathyreoidea 709.
Parotistumor und Spätrezidive 714.
Parotitis gangraenosa, nach Masern 373, secundaria 712.
Pemphigus, Larynxstenose 397, Tonsillen 216.
Perichondritis, Larynx 364, Ringknorpel, nach Flecktyphus 374, Schildknorpel, nach Schuß 732, 737.
Periostitis, Oberkiefer mit Sequesterbildung 622, Stirn, traumatisch 621.
Peritheliom, Zungengrund 72.
Peritonsillitis 373, Blutung nach Incision 621, Incision 721.
Pharyngitis keratosa punctata 564.
Pharyngotomie, laterale, bei Recessuskarzinom 391, subhyoidea, bei Selbstmordversuch 742.
Pharynx, Aktinomykose 704, Lähmung 709, Lichen 701, Lingualisblutung 732, Phlegmone 715, — und Sepsis 742, Resektion wegen Karzinom 217, Schuß mit Meningitis 734, Synechien 711, Syphilis congenitalis 369, Tuberkulose 250, 359.
Phlegmone, Hals 111, Pharynx-Larynx 715, — und Sepsis 742, perioesophageal 260.
Phonasthenie 449.
Phonetik 255, bei sprechendem Hund 255.
Phonographie 110.
Physiologie, Kaninchennase 194, N. hypoglossus 715, Rachen 511, Stimme 259, Zwerchfell 109.
Plastik, Gaumen 703, Gesicht, mit Stranglappen 734, 753, Larynx, Rippenknorpel 701, Nase 270, 369, 708, 709, 736, 753, — nach Schuß 248, Oberkiefer, nach Schuß 699, 700, Oberlippe 736, Stirnhöhle mit Rippenknorpel 507, Trachea 504, 714, Wange 369, 754.
Pneumobazillus Friedländer, auf den Tonsillen 479.
Polypen, Nase 371.
Posticusparese, beiderseitig 397 und Cardiospasmus bei Vagusverletzung 69.
Prolaps, Ventrikel 266, 736, 743.
Providoform, bei Diphtherie 715.
Pseudobulbärparalyse, bei einseitigem Herd 624.
Pseudodiphtheriebazillen 711.
Pseudohermaphroditismus, Larynx bei — 360.
Pupillendifferenz, bei traumatischem Hirndruck 462.

Quarzlicht bei Lungentuberkulose 239.

Rachen s. Pharynx.
Rachenmandel s. Tonsilla pharyngea.
Radikaloperation, Kieferhöhle 74, 264, nach Killian 198, bei Nasenrachenpolyp, nach Denker 199, nach Riedl, Sekundärplastik 507, Stirnhöhle 74, 264.
Radiumbehandlung, Gaumenkarzinom 396, Gaumensarkom 622, Hypophysentumoren 393, Nasensarkom 200, obere Luft- und Speisewege 393, Recessuskarzinom 391, Schäden 708, Zungengrundkarzinom 366.
Recessus piriformis, Decubitusgeschwür bei Fremdkörper 362, Karzinom, Radium 391.
Recurrenslähmung, bei amyotrophischer Lateralsklerose 712, bei Drüsentumor am Hals 247, bei Halsaneurysma 743, 759, nach Halsschuß 209, bei Jugularisthrombose 746, nach Kropfoperation 495, 750, bei Lungenschrumpfung 700, Sprachbehandlung 699.
Reflex, harter Gaumen 511, Schlund 511.
Rhinitis luetica neonatorum 484, 713, sicca anterior, Euphoren bei — 624, vasomotoria 353, 398.
Rhinocephalus 711.
Rhinolalia clausa functionalis, nach Nasenfraktur 705, compressa 714, Indikation für rhinologische Operationen 577, 601.
Rhinophyma 713, mit Kankroid 713.
Riechstoffe, elektrische Erscheinungen 191, Verhalten des Hundes 709.
Ringknorpel, Perichondritis nach Flecktyphus 374.
Röntgenbilder, bei Ozaena 371, stereoskopisch, Nebenhöhlen 706, zur Weichteildarstellung 742.
Röntgenographie, Aortenaneurysma 261, Bronchusfremdkörper 260, bei Fremdkörpern 261, 272, 705, Nebenhöhlen 369, Oesophagus 252, Trachea 220.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Röntgenstrahlen, Kankroid, Nase 200, bei Lymphdrüsen-Tuberkulose 112, Lymphsarkom der Tonsille 196, — des Nasenrachenraums 196.
Ructus, bei den Wiederkäuern 711.

Sarkom, Gaumen, weicher, Radium 622, idiopathicum haemorrhagicum Kaposi 689, Nasenrachenraum 369, Oberkiefer, beim Kind 715, Pharynx, Erstickung 714, retronasal 597, Riesenzellen- — der inneren Nase 200.
Scharlach, Cavernosusthrombose 198.
Schädelschüsse 431.
Schiefnase, Korrektur 74.
Schilddrüse, Adenocarcinoma papillare 710, — und Jodmedikation 711, Adenom, Amyloid in — 713, Desquamation und Resektion 760, Karzinom 711, — bei Basedow 714, pathologische Histologie 715, Scirrhus 622, Sekretion 712, Tuberkulose und Basedow 760, — und Infantilismus 712.
Schildknorpel, Perichondritis nach Schuß 732, 737.
Schußverletzung, Carotis 709, 759, Gesicht, Plastik 701, Hals 759, Hypoglossus 701, Kieferhöhle 699, Larynx 697, 700, 744, 747, 755, 756, 760, — Laryngostomie 742, — mit Perichondritis 737, Nase, Plastik 248, Nebenhöhlen 111, 697, 698, 700, — Meningitis 731, Oesophagus, mit Mediastinitis 734, Pharynx, mit tödlicher Lingualisblutung 732, — und 2. Halswirbel, Meningitis 734, Stirnbein 698, Stirnhöhle 699, 705, 707.
Schwebebronchoskopie, Fremdkörperreaktion 702, 737.
Septum s. Nasenscheidewand.
Siebbein, Meningokele 701, Mukokele 751, Osteom 493, Osteomyelitis 505, Sarkom 201, 504, Tuberkulose, käsige 111, Muschel und Septum-Deviation 712.
Siebbeineiterung 621, s. a. Ethmoiditis.
Sigmatismus nasalis 535.
Singstimme, operative Behandlung 265.
Sinusthrombose, cavernosus, nach Scharlach 198.
Sklerom, Larynx 266, Nase 372.
Speicheldrüsen, Aktinomykose 709.
Sprachbehandlung bei Recurrenslähmung 699, bei Uranoschisma 448.
Sprache, Kloß-, habituelle nach Angina 734, Bedeutung des Zwerchfells 109.
Sprachstörung, Behandlung 112, 241, bei Kriegsteilnehmern 161, bei schwachsinnigen Kindern 258.
Sprechmaschinen 399.
Sprue 710.
Steckschuß, Kieferhöhle 68, Nackenmuskeln, mit Vagusverletzung 69.
Stenose, Larynx, durch Pemphigus 397, — nach Tracheotomie 269, Nase, narbig, nach Lues 264, Naseneingang, angeborne 744, Oesophagus 272, — bei Aortenaneurysma 262, — narbig 111, — Fibrolysin 351, Trachea 263, — bei Aortenaneurysma 711, — submukose Knorpelresektion 77, bei Lungenemphysem 79.
Stimme bei Eunuchen 256, Register, experimentelle Untersuchung 259.
Stimmlippen, Dekortikation 265, Fixation durch Blutung 480, Papillom 704, perverse Aktion 714, Typus bei Pseudohermophroditen 360, Verwachsung, angeborne 486.
Stimm- und Sprachstörung, Behandlung bei Kriegsteilnehmern 112, 241, 488, 699, Vibration 702.
Stirnbein, Osteomyelitis 706, Schuß 698, Syphilis 103.
Stirnhöhle, Meningitis nach Schuß 707, Operationen vom militärischen Gesichtspunkt 732, Schmerz durch Myalgie 744, Schuß mit Hirnabsceß 699, 700, 705.
Stirnhöhleneiterungen, s. Frontalneuralgie 621, Hirnabsceß 74, 198, 577, 619, Radikaloperation 264.
Stomatitis ulcerosa bei Tuberkulose 361.
Stottern 161, 558, nach Psoriasis 699.
Strahlenbehandlung bei Lungentuberkulose 239, 484.
Streptococcus mucosus, im Stirnhohlenabsceß 74.
Streptokokkeninfektion 198.
Struma, Behandlung mit Alival 628, Kropffisteln 711, maligna 373, — beim Hund 712, — Rezidivoperation 734, Recurrensschädigung und Operation 750, postbronchialis 713, substernalis 712, Zungengrund 596, 708, 710.
Synechien, Nase und Pharynx 710.
Synostose des Schädels, prämature 507.
Syphilis, Gaumen, weicher 264, Nase 264, 374, — bei Neugeborenen 484, 713, Pharynx congenitalis 369, Stirnhöhle 103, Trachea, Bronchien 709.

Telephon, Krankheitsübertragungen 711.
Tetania parathyreopriva 708.
Thymus, Hungeratrophie 760, Hyperplasie bei Kindern 487, Karzinom 709, Lymphosarkom, mit akuter Leukämie 710, maligne Tumoren 710.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Thyreoidea s. Schilddrüse.
Thyreoiditis chronica 708.
Thyreotomie bei Karzinom 369, bei Narbenatresie 268, bei Sklerom 266.
Tonsilla pharyngea, Tuberkulose 244.
Tonsille, Absceß 101, Hämangiom 105, Lymphangiom 509, Lymphosarkom 196, Pemphigus 216.
Tonsillektomie, Hämatom nach — 476, bei Kindern 266.
Tonsillotomie bei Kindern 266.
Trachea, Bifurkation, Perforation eines Tuberkels 713, Dislokation, narbig, Fibrolysin 758, Karzinom 80, 122, — Totalresektion 735, Malazie 505, Plastik wegen — 504, Plastik 714, Röntgenographie 220, Ruptur, subkutane 713, Schilddrüsenkarzinom durchgewuchert 710, Schußverletzung 755, Stenose 77, 79, 263, — durch Aortenaneurysma 711, Syphilis 709.
Tracheobronchoskopie bei Syphilis 709.
Tracheopathia chondro-osteoplastica 710, 713.
Tracheotomie, konsekutive Larynxstenose 269.
Tränenbein, Bruch 742.
Trigeminusneuralgie 512, Alkoholinjektion 507, 509, chirurgische Behandlung 713, 714, Exstirpation des Ganglion Gasseri 710.
Tuberkulin bei Oesophagustuberkulose 759.
Tuberkulom, Nasenschleimhaut 475.
Tuberkulose, Lungen, Strahlenbehandlung 239, 484, Lymphdrüsen- —, Behandlung 112, Nase 597, Nasenscheidewand 370, — und Basedow 375, 712, obere Luftwege 238, Pharynx 250, 359, Rachentonsille 244, — Urochromogenreaktion zur Prognose 483, Schilddrüse, bei Basedow 711, Septum, primäre 99, Siebbein 111.
Tumor, Gaumen 195, 200, Hypophysengang 716, Parotis und Spätrezidive 714, retropharyngeal, aus Hypophysengewebe 485, Thymus, maligner 710, Zungengrund 72, 596.

Unterkiefer, Adamantinom 709.
Unterlippe, Karzinom 368.
Uranoschisma, Paraffininjektion 448, Stranglappenplastik 734, submuköses 510.

Vaccinebehandlung bei genuiner Ozaena 396.
Venenstein, Jugularis, mit Rekurrenslähmung 746.
Ventrikel, Prolaps 266, 736, 743.
Verletzung, Nase 596, Larynx, Suizid 702.
Vibration bei Stimmstörungen 702.
Volksmedizin in Palästina 508.

Wange, Plastik, nach Schuß 752.

Zähne und Kieferhöhleneiterung 197, Entwicklung bei den Selachiern 713, in der Nase 643.
Zähneknirschen bei Adenoiden 197.
Zunge, Erkrankungen 708, Entwicklungsgeschichte 709, Karzinom 370, 712, — Totalexstirpation 390, Lähmung, bei Brückenherd 715.
Zungengrund, Blutung nach Kaustik 485, Karzinom 220, — Radium 366, Peritheliom 72, Struma 596, 708, 710.
Zwerchfell und Atmung 109.

Autorenregister.

Albert 708.
Anders 708.
Arnoldi 712.
Asch 708.
Aschmann 708.

Bacmeister 239.
Ballmann 712.
Bartkiewicz 368.
Bauer E. 758.
Bauer W. 755.
Beck K. 485.
Beck O. 40.
Beenacker 199, 201.
Benda 732.
Benjamins 194, 197.
Berchmann 708.
Berghahn 708.
Bingler 708.
Birk 487.
Blank 712.
Blau A. 111, 759.
Boenninghaus 400.
Bohl 712.
Bondi S. 754.
Borsakiewicz 373.
Brandt 712.
Brat 198.
Brehm 712.
Brinkhaus 712.
Brinkmann 708.
Bruch 701, 742.
Bruck 736.
Bruder 708.
Brühl 708.
Brünger 708.
Brüning 753.
Brumby 712.
Büller 712.
Burjecs 716.

Capelle 431.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Chelmunski 374.
Chiatacelli 712.
Chonstädt 712.
Cisler 750.
Claus 706.
Cox 712.
Curschmann 759.

Dahmann 747.
Davidsohn 732.
Denecke 708.
Dick 708.
Dobrowolski 369.
Dolz 708.
Dürbeck 712.
Dziembowski 712.

Eck 708.
Edenhuizen 709.
v. Eicken 111, 486.
Ekker 195.
Elxe 485.
Erbrich 260.
v. Ettmayer 255.
Ewald 712.

Fahrenholz 713.
Fein 244, 479.
Fels 709.
Felsenstein 713.
Feuchtinger 234, 396. 397.
Finder 700, 701, 734, 746.
Fischer 709.
Fleck 713.
Frank 713.
Freund 713.
Frey 709.
Friedlaender 713.
Friedrich 485.
Friesicke 709.
Fritzsche 713.
Fröschels **161**, 255, 448, 558.

Gantvoort 196, 200.
Gantz 261.
Ganzer 703, 734.
Gatscher **209**.
Gaugele 624.
Georgi 709.
Girardet 713.
Gläser 713.
Glas 68, 105, 216, 220, 246, 247, 359.
Gluck 734.
Görs 709.
Golling 709.
Grämer 709.
v. Grobowski 709.
Grudzinski 261, 270, 272, 369.
Gerber 625.
Goldschmidt 627.
Gomperz 564.
Gschwind 713.
Günther 709.
Guillebeau 760.
Gutzmann 699, 702, 705, 707, 740, 747.

Haböck 256.
Hacker 755.
Haenel 511.
Härtel 709.
Haike 704.
Hajek L. 399.
Hajek M. 226, 478, **689**.
Halle 698, 700, 701, 705, 707, 744, 747.
Hamburger 713.
Hanau 709.
Hanszel 99, 101.
Haren 111.
Hart 760.
Haslinger 505.
Heindl A. 69, 103.
Heinze 709.
Heitzenroeder 709.
v. d. Helm J. 195.
Hemmann 713.
Hercher 112.
Hertz 266.
Hertz-Manycz 371.
Heryng 264, 265, 266, 269.
Hettrich 709.
Heuer 709.
Heymann 736.
Hilfrich 709.
Himmelreicher 486.
Hirsch A. 624.
Hirsch G. 430.
Hirsch O. 393, 475.
Hoeßli 462.
Hofbauer L. 231, 254.
Hofer 67, 77, 106, 218, 226, 234, 366, 367, 389, 390, 391, 396, 507, 508.
Hoffmann 709.
Hohmann 709.
Homerczyk 710.
Hommel 709, 713.
Hoogenhuyze 111.
Horowitz 713.
Hous 718.
Hovorka 258.
Huckert 710.
Hüssing 256.

Ipland 713.
Jacobs 713.
Jaeger 713.
Jagic 109.
Janowski 262.
Javurek 758.
Joseph 736.
Justi 710.

Kappelmayer 713.
Karchuke 713.
Kees 710.
Keller 623.
Kellner 475.
Kickhefel 701, 743.
Kijewski 373.
Killian 698, 699, 700, 701, 705, 706, 707, **731**, 737, 742, 744, 747, 757.
Klare 483.
Klein 713.
Kleyn A. 111.
Kmita 369.
Koch 713.
Koch E. 484.
Kofler 79, 225, 475, 476.
Kopczynski 202, 536.
Krassnig **121**.
Kraus J. **721**.
Kretschmann 112.
Kromayer 713.
Kronenberg 716.
Kühns 751.
Kuttner 697, 732.
Kyrle 748.

Landgraf 710.
Landsberg 710.
Landsberger 626.
Langner 710.
Laubschat 698.
Laude 373.
Lautenschläger 699, 700, 703, 707, 732, 742, 746.
Lebinsky 512.
Lederer 623.
Leegaard 485, 597, 619, 621.
Leser 710.
Levy 710.
Lewandowsky 715.
Libski 373.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lipschütz 710.
Lubelski 369.
Lubliner 264.
Lyon 714.

Maartmann-Moe 623.
Maliniak 272.
Markowitsch 710.
Marschik 81, 234, 249, 397, 489, 504.
Martin 486.
Märtens 710.
Maydansky 714.
Mayer O. 74.
Mederle 714.
Melzer 714.
van Mens A. 200, 201.
Menzl 72, 353, 387, 398, 508, 509.
Mesz 265.
Meyer A. 704.
Meyer Hugo 714.
Meyerson 370.
Michel 715.
Mingazzini 715.
Minkiewicz 272.
Mobitz 710.
Moeller 710.
Moller 750.
Mosbacher 714.
Müller W. 484, 742.
Muttermilch 271.

Nacken 710.
Nesnera 430.
Neuberg A. 714.
Neugebauer 710.
Neymann 714.
Nill 714.
Nördlinger 714.

Onodi A. 112, 238.
Onodi L. 377, 465.
Ostrowski 710.

Pape 710.
Perutz 624.
Petry 714.
Pieniazek 268.
Pöch 110.
Polimanti 715.
Poller 710.

Raaflau 485.
Rablorzky 430.
Radwansky 628.
Rakusin 711.
Ranzel 351.
Rauschnigg 710.
Réthi L. 109, 259.
Rhodovi 710.
Riese 111.
Ritter 701, 732.
Rockstroh 710.
Rogozinski 370.
Rohner 714.
Roll-Hansen 621.
Rosenthal W. 432.
Roßmann 711.
Rothenberg 711.
Roznowski 716.
Rüggemann 488.
Ruttin 360.

Saidlin 714.
Sawizki 270.
Schäfer 714.
Schaffer 624.
Scheide 714.
Scheier 697, 743.
Schiffner 711.
Schilling 600, 711.
Schlemmer 217, 250, 361, 362, 364, 505.
Schlott 714.
Schlutig 714.
Schmerz 463.
Schmiedeck 711.
Schmitt 711.
Schmitz 711.
Schreiner 714.
Schuch 711.
Schüller 714.
Schütt 711.
Schulze 711.
Seemann 510.
Sekkeln 198.
Seufert 714.
Sgalitzer 220, 252.
Simmenroth 714.
Simmonds 754.
Sinolezki 264.
Spiegelberg 714.
Stein L. 449, 535.
Stenger 715.
Stenker 375.
Stern F. 624.
Stern H. 495, 577, 601.
Sternberg 628.
Sternberg W. 719.
Steurer 542.
Stichler 711.
Struycken 197, 198.
Sutter 711.
Szreda 374.

Timm 711.
Tischbein 715.
Tryjarski 373, 374.

Uchermann 596, 597, 622.
Uchida 715.
Urbantschitsch E. 241.

Väth 711.
Vierheilig 711.
Vogel 715.
Vollbracht 356, 399.

Wachholz 570.
Wagner 711.
Wakatsuki 715.
Warchel 372.
Warnecke 375.
Wegner 715.
Weil 480.
Weinberg 715.
Weingärtner 702, 736, 737, 743, 746.
Weiß 711.
Westerhoff 715.
Wiland 627.
Wild 711.
Wildegans 756.
Willmanns 711.
Willrich 712.
Winto 463.
Wirgler 493.
Wisniewski 487.
Wolff 712.

Zade 751.
Zalewski 349.
Zebrowski 373.
Zeh 712.
Zelljadt 712.
Zengerling 712.
Zoeppfel 712.
Zwaardemaker 191.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vereinsberichte.

Seite

Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft:
Sitzungen vom 6. Februar und 10. April 1918 . . . . . 65—80
Trauer-Sitzung für O. v. Chiari vom 22. Mai 1918 95
Sitzung vom 5. Juni 1918 99
Sitzungen vom 6. Dezember 1918 und 8. Jänner 1919 und Hauptversammlung vom 7. Februar 1919 . . . . . 216—237
Sitzung vom 5. März 1919 243
„ „ 2. April 1919 359
„ „ 7. Mai 1919 387
„ „ 4. Juni 1919 (Fortsetzung und Schluß) 495

Österreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik:
Sitzungen vom 4. April und 5. Dezember 1916 . . . . . 109—110
„ „ 9. Jänner, 20. März, 22. Mai und 4. Dezember 1917, 5. Februar und 5. November 1918 . . . . . 255—260
Sitzung vom 1. April 1919 399
„ „ 4. Juni 1919 475

Aus den Sitzungen polnischer ärztlicher Vereine
der Jahre 1914 und 1915 260
„ „ 1916 und 1917 368

Aus den Verhandlungen polnischer-medizinischer Gesellschaften (1915—1916) 264

Oto-laryngologischer Verein zu Kristiana:
Sitzung vom 11. Oktober 1917 596
Sitzungen vom 13. Dezember 1917 und 28. Februar 1918 619

Laryngologische Gesellschaft in Berlin:
Ordentliche Generalversammlung vom 21. Jänner 1916 697
Sitzung vom 11. Februar 1916 697
„ „ 10. März 1916 699
„ „ 14. April 1916 701
„ „ 23. Juni 1916 701
„ „ 20. Oktober 1916 703
„ „ 24. November 1916 704
„ „ 22. Dezember 1916 707
Ordentliche Hauptversammlung vom 26. Jänner 1917 731
Sitzungen vom 23. Februar bis 14. Dezember 1917 . . . . . 732—748

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Otologischer Teil

Original-Artikel

Seite

Dozent Dr. Ernst Urbantschitsch-Wien: Über offene Wundbehandlung bei beginnender Komplikation (seröser Meningitis, Hirnödem, Labyrinthitis) nach Totalaufmeißelung der Mittelohrräume 761

Vereinsberichte

Österreichische otologische Gesellschaft. Sitzung vom 14. Juli 1919 768

Bücherbesprechungen

Dr. L. Paneth-Berlin: Kurz gefaßte praktische Bakteriologie für Ärzte und Studierende 782

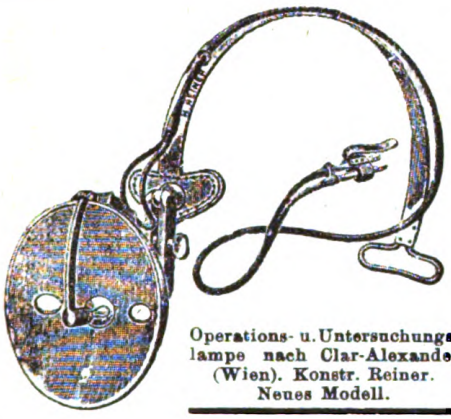
Referate

I. Labyrinth und Hörnerv 782
II. Otochirurgie 783

Personalien

Feier. — Ernannt. — Gestorben 783

Corrigenda 783
An unsere Leser! 783



Operations- u. Untersuchungslampe nach Clar-Alexander (Wien). Konstr. Reiner. Neues Modell.

H. REINER, Wien
Fabrik IX/3, Van Swietengasse 10.
Niederlage I., Franzensring 22.

Erzeugt als Spezialität alle Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfinstrumente in anerkannt vorzüglicher Qualität.

Sämtliche elektromedizinische Apparate. Komplette Einrichtungen.
•• **Neueste Konstruktionen.** ••
•••• Man verlange Spezialofferte. ••••

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Beiträge zur klinischen Ohrenheilkunde

Festschrift
für Hofrat Professor Dr. Viktor Urbantschitsch-Wien
Von seinen Kollegen, Schülern und Freunden

Mit 86 zum Teil farbigen Textabbildungen und 11 Doppeltafeln sowie 1 Bildnis. 8°. 1919. M 40.— = K 72.—. (Für Bezieher der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" M 30.— = K 54.—.) + 20% resp. 30% Teuerungszuschlag.

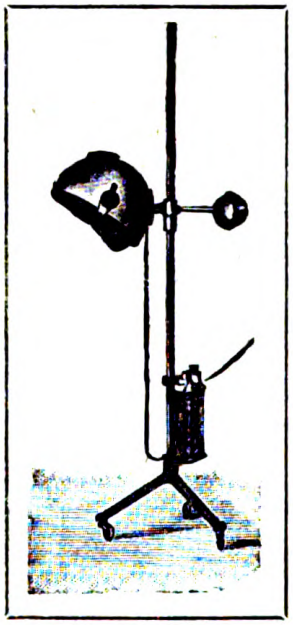
Eine Sammlung von Arbeiten erster Autoren als Festschrift veröffentlicht zur Vollendung des 70. Lebensjahres ihres Lehrers, des Vorstandes der Universitäts-Ohrenklinik Hofrat Prof. Dr. Viktor Urbantschitsch in Wien.

Die hier zum ersten Male veröffentlichten Beiträge sind nicht nur für Ohrenärzte wichtig, sondern vermöge ihres Inhaltes für jeden praktischen Arzt von Interesse.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ultraviolett-Therapie

(Künstliche Höhensonne nach Geh. San.-Rat Dr. Bach)



Erfolge bei
Mittelohreiterungen, chronisch hartnäckig rezidivierenden Formen von Ohrekzemen, Skrofulose, Mittelohrtuberkulose, chronischer Erfrierung der Ohrmuschel, Pyocyaneus-Infektion, Perichondritis, Dermatitis, Otitis externa, Otomykosen, Wunden und Geschwüren.

Literatur siehe Juli-Heft 1919 der Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Wien: „Über die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde" von Dr. A. J. Cemach.

Quarzlampen-Ges. m. b. H., Linz a. D.

14 3474

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

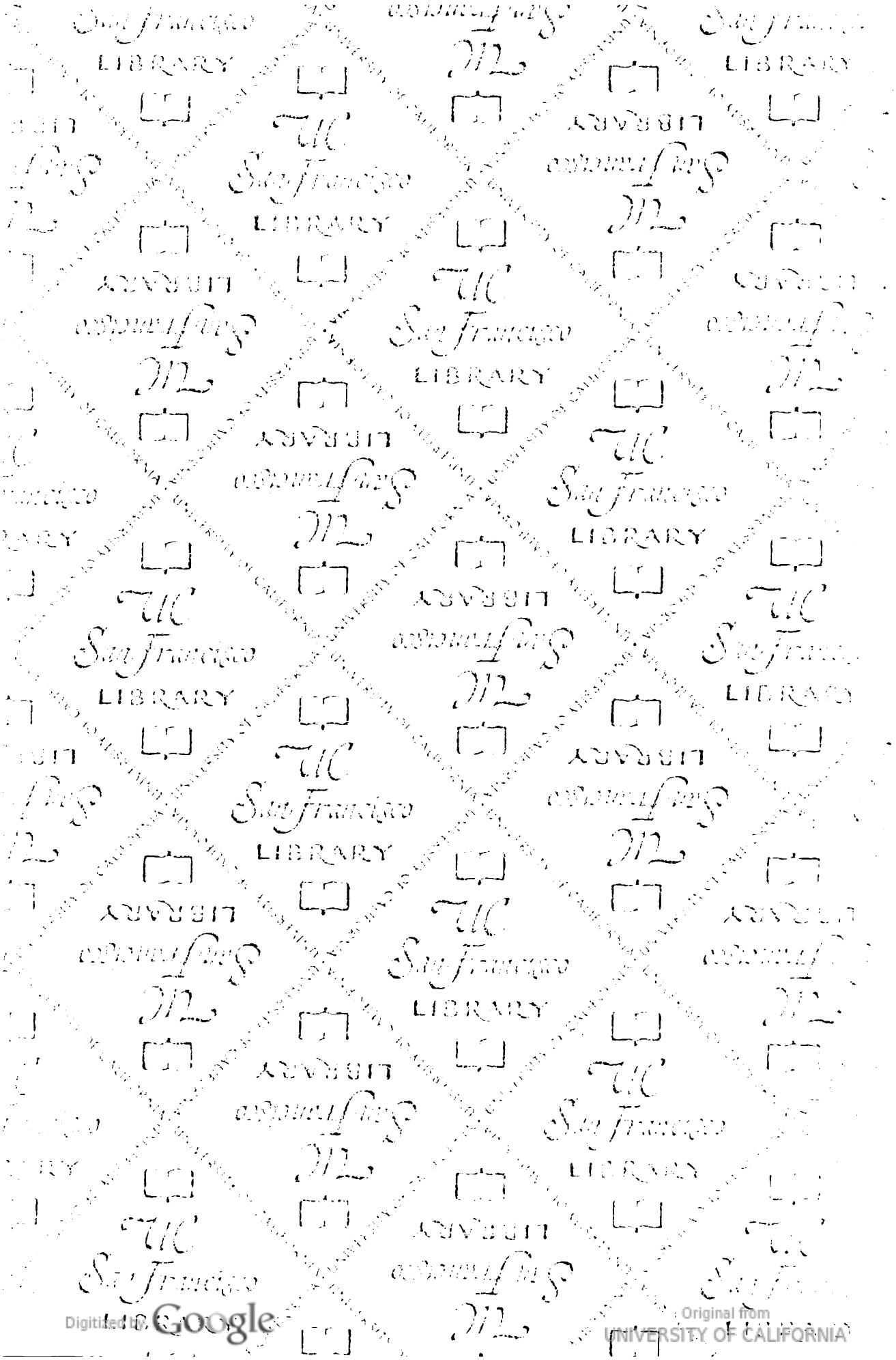
Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

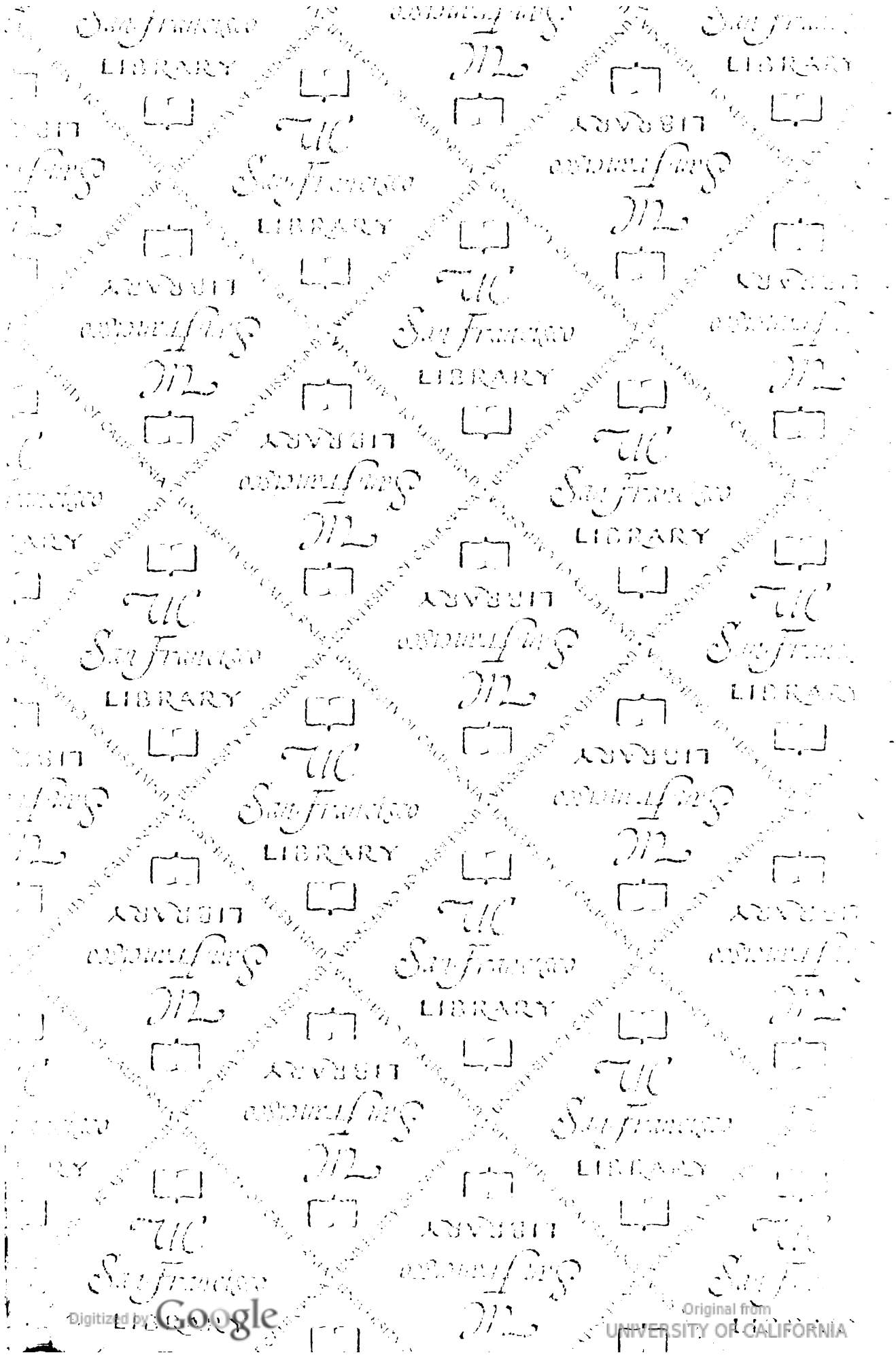
Original from
UNIVERSITY OF CALIFORNIA



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

San Francisco LIBRARY
3 1378 00484 6369

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

San Francisco LIBRARY
UC San Francisco LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
3 1378 00484 6369
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Generated on 2019-10-24 16:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/uc1.b3252767
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google